Rocznik XVI. październik – listopad 1938 Nr 10 – 11

POLSKA STOMATOLOGIA

ORAZ

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

LWÓW WARSZAWA

KRAKÓW – POZNAŃ – WILNO

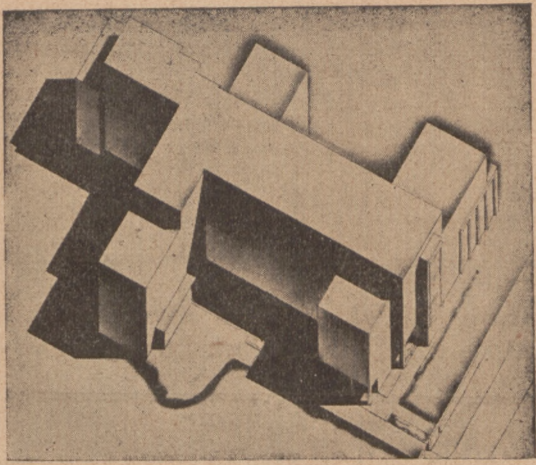
Organ Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza, Polikliniki Stomatologicznej Uniw. Poznańskiego i Krakowskiego, Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, Centralnej Rady Zrzeszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, Związku Słowiańskich Stomatologów, Polskiego Komitetu Narodowego Międzyn. Związku Dentyst. (F. D. I.), Sekcji Polsk. Międzyn. Związku Stomat. (A. S. I.), Międzyn. Zw. Badających Przyzębicę „Arpa" oraz Związku i Tow. Lekarzy-dentystów Chrześcijan w Warszawie.

„Jestem pewny, że do tego dojdzie, że wszystkie prace, które się dla rozwoju naszego Państwa i w dążeniu do jego potęgi podejmuje, będą się mogły znacznie szybszym tempem posuwać"

IGNACY MOŚCICKI

27 października 1938. Prezydent R. P.

(Z przemówienia podczas uroczystości wręczenia dyplomów doktorów honorowych na Zamku).



Projekt Kliniki Stomatologicznej we Lwowie

(z lotu ptaka)

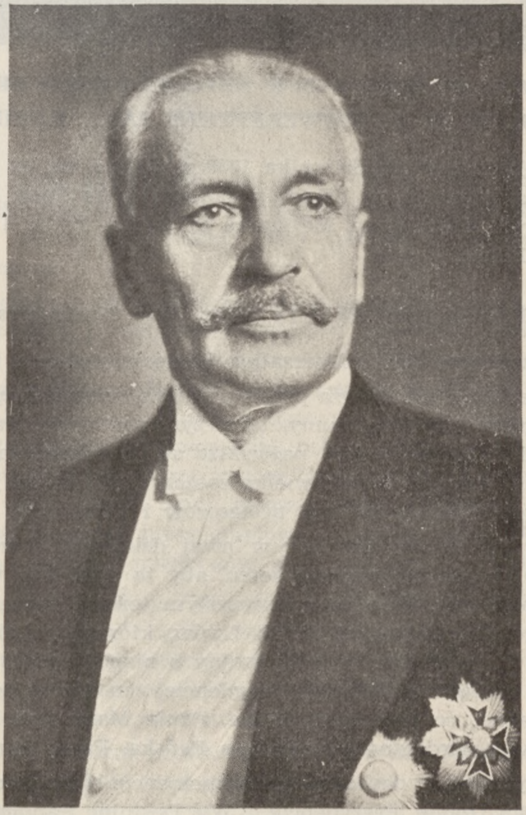
„Ceterum censeo Clinicam Stomatologicam Universitatis leopoliensis esse eregendam..."

CIESZYŃSKI

Abonament roczny 22 zł. – Cena niniejszego numeru 5·– zł.
Adres Redakcji i Admin.: Lwów, ul. Zielona 5 a. P.K.O. 505.125.

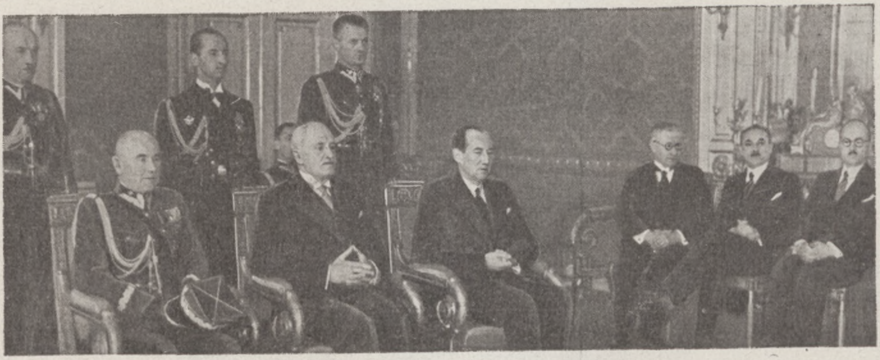
Naczelny Redaktor: Prof. Dr Antoni Cieszyński.
Wydawcy: Związek Stomatologów Izby Lekarskiej i Prof. Dr A. Cieszyński.

UROCZYSTA PROMOCJA NA ZAMKU W WARSZAWIE



PROF. IGNACY MOŚCICKI

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
Doktorem Honorowym
Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.



P. PREZYDENT R. P., MARSZAŁEK ŚMIGŁY - RYDZ I MINISTER BECK DOKTORAMI H. C. UNIWERSYTETU JANA KAZIMIERZA.

W czwartek dnia 27 października 1938 r. odbyła się na Zamku w Warszawie uroczysta promocja na doktorów honoris causa Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Prof. Mościckiego, Marszałka Śmigłego - Rydza i Ministra Spraw Zagranicznych Becka.

Przemówienie Rektora Uniw. Jana Kazimierza.

Panie Prezydencie, Panie Marszałku, Panie Ministrze!

Uniwersytet Jana Kazimierza przeżywa dzisiaj wyjątkową chwilę w swych dziejach. Jest pełen radości i dumy, bo przynosząc Panu, Panie Prezydencie i Wam Dostojni Panowie w dani najwyższe swoje odznaczenia, którymi rozporządza, czuje równocześnie jak wielko zaszczyt spływa na jego stare mury, na jego historyczne karty, na jego profesorów i uczniów.

Pragnęlibyśmy gorąco wszyscy w owej dziejowej chwili, gdy radosny hejnał z nad Olzy uderzył w nasze serca, aby ta dzisiejsza tak niecodzienna uroczystość, mogła się odbyć na macierzystym terenie naszej wszechnicy. — Z bijącym sercem myślał o tej chwili Lwów, którego najgórniejsze wspomnienia z przed lat, z czasów wielkiej wojny o niepodległość Polski, związane są z czcigodną osobą Pana, Panie Prezydencie, ten Lwów, który jest stolicą ziemi czerwieńskiej, co dała nam Ciebie, Panie Marszałku, to miasto, które cieszyło się zawsze serdeczną życzliwością Pańską, Panie Ministrze.

Rozumiemy wszyscy doskonale, że w momencie historycznym, który ciągle przeżywamy, Pan, Panie Prezydencie i Wy Dostojni Panowie, jako sternicy nawy państwowej, nie możecie opuścić stolicy. Przychodzimy więc tutaj na zamek królewski, do siedziby Głowy naszego Państwa z najgorętszemi naszymi słowy. Dar nasz i odznaczenie nasze najwyższe, które za chwilę złożymy jest — jak powiedziałem — najcenniejszym naszym wyrazem uznania. Od dawien dawna składały go polskie uniwersytety najzasłużeńszym synom Ojczyzny, ceniąc go sobie wysoko, bo stara uniwersytecka tradycja mówi, że niesie on z sobą wierną pamięć historii i nieśmiertelne imię złotymi pisane głoskami. Bo potomności przykazuje obowiązek uznania najwyższego i czci niekłamanej dla tych, co stają się jego uczestnikami.



J. Magnif. Rektor Edmund Bulanda w otoczeniu Senatu Akademickiego podczas aktu promocyjnego.

Jest tutaj senat akademicki. Ale w tej chwili wraz znami bierze udział w naszym akcie czci, podziwu i wdzięczności cała Alma Mater Jana Kazimierzowa, ten uniwersytet polski, który nazwać by można uniwersytetem wiecznie walczącym.

Wszak począł się on niemal na falach potopu w wieku XVII, przez sto lat z górą walczył z przemożnymi zakusami zaborów i innymi postronnymi nieprzyjaciółmi o swoją polską duszę, a dzisiaj ma ten **wysoki zaszczyt uważać się za czujny i obronny bastion polskiej myśli narodowej i polskiej kultury** na południowo-wschodnich ziemiach Rzeczypospolitej. Jest jakby naczelnym bastionem wielkiej twierdzy lwowskiej, basztą niewzruszoną tego nieugiętego Lwowa, któremu przed wiekami jeszcze Najjaśniejsza Rzeczpospolita, jej królowie i rządcy, raczyli nadać imię: „zawsze wiernego miasta", a którego dyplom wielką krwawą pieczęcią przypieczętowany został przez Wielkiego Wskrzesiciela państwa naszego i powierzony w opiekę naszym „Orlętom" lwowskim.

Panie Prezydencie, Panie Marszałku, Panie Ministrze! W tej chwili nad wyraz dla nas uroczystej i zaszczytnej pragniemy złożyć nie tylko imieniem jednej naszej uczelni, ale całego lwowskiego świata nauki i całej naszej ziemi najdroższej gorąco nasze oświadczenie najgłębszej miłości i niewzruszonej wierności względem Rzeczypospolitej naszej.

Uczucia te są zupełnie proste, naturalne i jakby obowiązkowe. Ale w tych momentach historycznych cisną się nam na usta z przepełnionych uczuciem serc i nie możemy ich nie wypowiedzieć. Płyną one zarówno od nas profesorów i mistrzów uniwersytetu, od starszego pokolenia, które — jak to zwykle bywa w uniwersytetach — bardzo jest zróżnicowane i pełne różnych sprzecznych nieraz ze sobą indywidualności, ale które w chwilach ważnych dla ojczyzny zawsze zgodnie w jednomyślnym porywie staje do apelu. Takim jednomyślnym porywem serc jest dzisiejsza nasza misja tutaj.

Muszę jednak i to wyraźnie zaznaczyć, że te uczucia płyną nie tylko od nas, lecz także od tych których uczymy i wychowujemy, od młodzieży.

Ulega ona skłuconym prądom naszej epoki, wichrom czasu, krzyżującym się w atmosferze i przecinającym w burzach, ale gorące serca polskie, polska

dusza, polska myśl żyje i pali się czystym ogniem w głębinach jej przemyślań i odczuwań. I ona wraz z nami zgłasza się na apel tłumnie, entuzjastycznie, gdy trzeba jedności narodu całego w walce o honor i potęgę państwa. Tak było i w owych dniach przesilnych, niedalekich prawie onegdajszych.

Panie Prezydencie, Panie Marszałku, Panie Ministrze.

Trwamy oto tam, na ziemiach południowo-wschodnich, na naszych posterunkach i my pracownicy nauki na równi z wszystkimi naszymi współobywatelami. Pamiętne bowiem są dla nas słowa naszego założyciela, króla Jana Kazimierza, wyrzeczone w akcie erekcyjnym naszej Almae Matris z roku 1616-tego.

> „Przyrzekamy w końcu naszym i naszych następców imienie, że my rzeczony Uniwersytet lwowski w tych naszych sprawach, które odnoszą się do całości w powadze, sile i blasku zachowamy i bronić będziemy. Co również następcy nasi po wieki spełniać będą powinni".

Mamy tę niezachwianą ufność, że Rząd Rzeczypospolitej z Tobą Panie Prezydencie, jako Głową Państwa na czele, pamiętny tych słów królewskich, będzie również Uniwersytetu naszego orędownikiem i opiekunem życzliwym. Dając dzisiaj wyraz naszej czci i naszego hołdu dla zasług, prosimy Boga, ażeby pomnożycielom Polski dodawał przez długie czasy sił w ich znakomitej i ofiarnej pracy dla państwa.

Quod felix, faustum, fortunatumque sit.

J. Magnificencja Rektor Bulanda odczytuje uroczyście tekst dyplomu:

Summis Auspiciis

SERENISSIMAE REIPUBLICAE POLONORUM

nos

Rector Mignificus et ego Ordinis Scientiarum Decanus

ac Promotor rite constitutus

in Virum Illustrissimum Dominum

IGNATIUM MOŚCICKI

Praesidem Reipublicae Polonae Excellentissimum

Qui a tenera pueritia animo forti ac pectore patriae studuit liberandae nec non strenue omnes subiit aerumnas laboresque ad hunc finem conducentes

Qui eximia enitens doctrina celeberrimis ingenii Sui documentis atque inventis summam meruit laudem Poloniaeque apud exteros auxit laudem ac gloriam

Qui cum Ipsi Praesidi salus ac dignitas Reipubiicae Polonae commissae essent in perturbatissimo rerum europaearum statu quam maxime sollertem se praebuit et constantissimum itaque eximia prudentia et auctoritate Reipublicae Polonae feliciter amplificavit imperium et populi poloni auxit insigniter maiestatem

Ex decreto Ordinis Scientiarum consentiente Universitatis Senatu

HONORIS CAUSA

Philosophiae doctoris nomen et honores iura privilegia omnia contulimus in eiusque rei fidem hasce litteras Universitatis sigillo munitas exhibuimus.

Summis Auspiciis

SERENISSIMAE REIPUBLICAE POLONORUM

nos

Rector Magnificus et ordonis iurisconsultorum Decanus

et ego promotor rite constitutus

in virum clarissimum Dominum



EDUARDUM ŚMIGŁY-RYDZ

Mareschalcum Polonum Excellentissimum Principem Militum Polonorum Ducem qui tempore belli heroice pro patria liberanda pugnans innumeras rettulit victorias plurimumque ad Poloniae fines redimendos ac constituendos contulit

qui Reipublicae Polonae exercitum eximie meliorem in statum reformavit atque auxiliis instruxit militaresque ac generosos populo polono inspiravit animos

qui hunc in modum nationem polonam informans atque erudiens vigorem civium ac virtutem intendit et tantum adauxit, ut ipsius merito avita silesiae terra trans Olsam fluvium sita patriae Polonae reduniretur nunc et restitueretur

Ex decreto ordonis iurisconsultorum consentiente Universitatis senatu

HONORIS CAUSA

iuris doctoris nomen et honores iura et privilegia omnia contulimus in eiusque rei fidem hasce litteras Universitatis sigillo munitas exhibuimus.

Odbierając z rąk rektora dyplom Pan Prezydent zwrócił się do członków senatu uniwersyteckiego z następującem krótkiem przemówieniem:

Odpowiedź Pana Prezydenta R. P.

Panie Rektorze, Prześwietny Senacie!

Dziękuję serdecznie za przyznanie mi tytułu doktora honorowego starożytnej i tak zasłużonej Wszechnicy Jana Kazimierza.

W chwili tej jestem jednak pod wielkiem wrażeniem innej jeszcze — nieosobliwej natury — a mianowicie, że wasza Wszechnica dała wyraz swego patrjotyzmu właśnie w momencie powrotu naszych zaolzańskich rodaków wraz z ich ziemią do Macierzy. Jestem pod wrażeniem patriotyzmu, który się wyraził w nadaniu doktoratów honorowych osobom z grona najwięcej odpowiedzialnych za posunięcia, które do tego celu prowadziły — czy to w żmudnej i trudnej pracy dyplomatycznej, która musiała je poprzedzić, czy w pracy nad przygotowaniem pogotowia orężnego, czy wreszcie w ostatecznej decyzji tak w porę powziętej, tak ważkiej, tak wielce odpowiedzialnej.

Decyzja ta była trudna, ale ułatwiało ją znakomicie wyczucie dążeń całego narodu, to nam było wielce pomocne. Przyznam się, że gdyby się jednomyślności tych uczuć w narodzie nie wyczuwało, gdyby nie było tych dowodów, że te uczucia istnieją, to nasza decyzja tak bardzo odpowiedzialna byłaby jeszcze trudniejsza.

Mieliśmy już sporo dowodów, że w momentach nadzwyczajnych wielkiej wagi, jak ten ostatni, cały nasz naród jest zjednoczony i opanowany tymi samymi uczuciami.

Mam wiarę, że stopniowo rząd nasz będzie mógł korzystać z tych wyczuć naszego narodu także i przy sprawach, które jakkolwiek nadzwyczaj ważne, jednak takich momentów przełomowych, takich nagłych zrywów nie przejawiają.

Jestem pewny, **że do tego dojdzie, a wówczas wszystkie prace, które się dla rozwoju naszego państwa i w dążeniu do jego potęgi podejmuje będą się mogły znacznie szybszym tempem posuwać.**

Za umocnienie mnie w tej wierze najserdeczniej Wszechnicy Jana Kazimierza dziękuję.

* * *

Odbierając z rąk prof. Bulandy dyplom, P. Marszałek dziękuje za nadanie mu „jednego z najbardziej zaszczytnych tytułów".

* * *

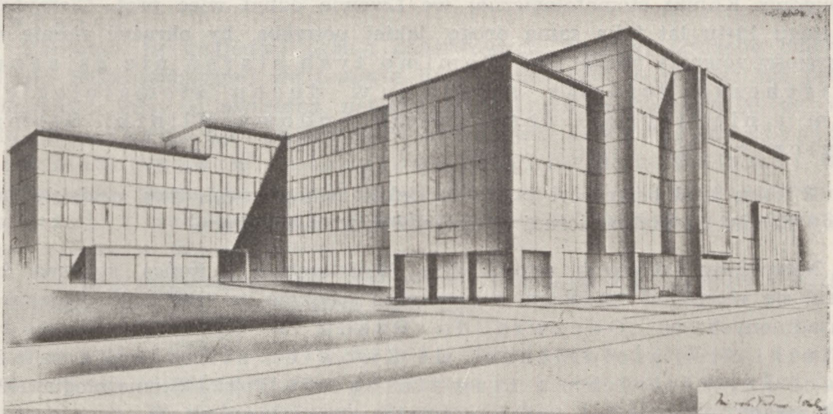
Następnie prof. Wydziału humanistycznego, Konstanty Chyliński odczytuje akt promocyjny, na mocy którego **minister spraw zagranicznych Józef Beck otrzymuje dyplom doktora filozofii na wydziale humanistycznym.**

Ryciny na str. 378 i 379 pochodzą z archiwum ilustracyj Koncernu I. K. C. w Krakowie.

BUDOWA KLINIKI STOMATOLOGICZNEJ

na pierwszym planie

potrzeb Uniwersytetu lwowskiego *).



Projekt KLINIKI STOMATOLOGICZNEJ Uniw. J. K. we Lwowie

„Jakiemi słowami mam wołać na całą Polskę
O czujność, o rozum stanu?
O nadanie zjawiskom właściwej wartości?
O to, by sprawy małe pozostały zawsze
małymi i drugoplanowymi,
A sprawy ważne, obchodzące całą
Polskę — ważnymi?"

Z przemówienia wicepremiera i ministra skarbu
Inż. Eugeniusza Kwiatkowskiego
w Poznaniu d. 30. X. 1398.

1-go kwietnia 1938 minęło 25 lat od nominacji dr. Antoniego Cieszyńskiego profesorem stomatologii przy uniwersytecie lwowskim i przeniesienia ambulatorium dentystycznego Uniwersytetu z ul. Ossolińskich do prowizorium na ul. Zieloną 5 a. Uniwersytet opłaca za wynajęty lokal 10.350 zł rocznego czynszu.

---

*) Sprawozdanie prof. Cieszyńskiego dla Senatu akademickiego.

W r. 1938 minęło 19 lat od wysłania do Ministerstwa W. R. i O. P. pierwszego memoriału celem wybudowania Kliniki Stomatologicznej oraz Instytutu, w którym mogli by się kształcić specjaliści stomatologowie.

Od tego czasu przedstawiciel katedry stomatologii Uniwersytetu lwowskiego wysłał kilkanaście pism i memoriałów do władz przełożonych do Warszawy drogą urzędową, prosząc o poprawę warunków pracy, i interweniował około 40 razy w Ministerstwie W. R. i O. P., Skarbu, Opieki Społecznej i Dep. Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych.

Celem realizacji spraw złączonych z nauczaniem stomatologii w Polsce i budowy Kliniki stomatologicznej we Lwowie odbył więc prof. Cieszyński w ciągu 19-tu lat taką samą drogę, jakiej potrzeba by okrążyć ziemię na szerokości równika (40.000 km). Pomimo tych starań nie osiągnął dotychczas reformy studiów w duchu stomatologicznym i nie uzyskał rozpoczęcia budowy Kliniki Stomatogicznej.

W roku 1938 przedłożył prof. Cieszyński Ministerstwu dwa projekty budowy Kliniki Stomatologicznej w opracowaniu technicznym.

Niezrażony odmowną odpowiedzią Ministerstwa z końca stycznia br. starał się wszelkimi sposobami o uzyskanie środków na realizację projektów, uzasadnionych w „Odezwie do Rządu w sprawie budowy Kliniki Stomatologicznej we Lwowie i stworzenie tamże placówki kształcenia stomatologów" (Polska Stomatologia 1938, nr 6, str. 207).

Starania te zostały poparte przez: prezesa Izby lekarskiej lwowskiej, dowódcę O. K. IV. we Lwowie, generała bryg. Tokarzewskiego-Karaszewicza, wojewodę lwowskiego dr. Alfreda Biłyka*), byłych rektorów Uniwersytetu i czterokrotną uchwałą Wydziału lekarskiego (od stycznia do maja 1938).

---

*) Wojewoda lwowski — Dr Alfred Biłyk.

„Zrealizowanie projektu budowy Kliniki Stomatologicznej we Lwowie — uważam za sprawę pierwszorzędnej wagi dla województw południowo-wschodnich. Uprzystępni to pomoc stomatologiczną ludności i to zwłaszcza ubogiej — z drugiej zaś strony wpłynie na unormowanie stosunków w szeregach stomatologów, które przy obecnym systemie kształcenia elewów jedynie w Akademii Stomatologicznej w Warszawie tak pod względem ilościowym absolwentów, jak zwłaszcza pod względem narodowościowym dają powody do wielu obaw na przyszłość.

Umożliwi to również kształcenie liczniejszego zastępu młodzieży polskiej chrześcijańskiej z terenu województw wschodnio-małopolskich, co wpłynie na poprawę możliwości pracy tej młodzieży,

na wypadek wojny posiadać będzie duże znaczenie dla pokrycia zapotrzebowania stomatologów dla armii, w czasie pokoju zaś przyczyni się do podniesienia zdrowotności warstw niezamożnych przede wszystkim".

Lwów, 5 lutego 1938 r.

Dnia 1 kwietnia br. został prof. Cieszyński zaproszony przez Pana Prezydenta Rzeczypospolitej, Prof. Ignacego Mościckiego na specjalną audiencję, któremu przedłożył stan obecny nauczania stomatologii w Polsce, potrzebę jego reformy oraz bezwzględną konieczność budowy Kliniki Stomatologicznej we Lwowie.

Dnia 7 maja 1938 **Wydział lekarski uchwalił zwrócić się do pana Ministra** W. R. i O. P. „o jak najrychlejszą realizację budowy Kliniki Stomatologicznej Uniw. lwowskiego, możliwie jeszcze w roku bieżącym, nie tylko ze względu na potrzeby Uniwersytetu, ale ze względów ogóno państwowych".

Taksamo, ze względów ogólno państwowych, popierał potrzebę budowy Kliniki Stomatologicznej we Lwowie już w roku 1920 — a więc już przed osiemnastu laty — ówczesny minister zdrowia publicznego dr Witold Chodźko, by zapobiec brakowi lekarzy-dentystów i stomatologów w południowo-wschodnich Wojew. i odpływowi elementu polskiego przez zcentralizowanie nauczania dentystyki w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie.

Te przewidywania się sprawdziły niestety jak wynika z statystycznych danych z roku 1938, zob. ryc.

Ponadto podkreślić należy, że zawód lekarzy dentystów przeszedł prawie zupełnie w ręce mniejszości narodowych. **W województwach stanisławowskim i wołyńskim mamy bowiem w zawodzie tym powyżej 90% mniejszości narodowych; w tarnopolskim powyżej 70%, w lubelskim i lwowskim powyżej 63%.**

Opinię swoją powtórzył w r. 1923 jako minister zdrowia, obecny dyrektor państwowej szkoły higieny dr Witold Chodźko i ostatnio w r. 1938, kładąc swój podpis pod wyżej wspomnianą „Odezwą do Rządu" **).

Dnia 23. maja 1938 Senat Akademicki uchwalił zwrócić się do Pana Ministra W. R. i O. P. o jak najrychlejszą realizację budowy Kliniki Stomatologicznej Uniw. J. K. we Lwowie, a to z kredytów poza budżetowych na rok bieżący.

Na skutek tych starań zwiedził obecną Klinikę Stomatologiczną dyrektor Min. W. R. i O. P. prof. Patkowski w asyście przedstawicieli Uniwersytetu w dniu 20 czerwca br.

) **Opinia trzecia Dyrektora Państwowej Szkoły Higieny w Warszawie i b. MINISTRA ZDROWIA PUBL. *dr. Witolda Chodźki* ze stycznia 1938 r.:

Sprawa budowy kliniki stomatologicznej we Lwowie **była aktualna już w latach 1920 do 1923** i uznana przeze mnie wówczas **jako konieczność państwowa; warunki odtąd nie zmieniły się na lepsze, a przede wszystkim daje się odczuwać brak stomatologów w południowych województwach polskich;** uważam sprawę budowy tej kliniki we Lwowie i zorganizowania tamże studium stomatologicznego wyżej opisanego **w dalszym ciągu za pilną konieczność państwową.**

Pismem z dnia 26. lipca 1938 r. wyraziło Min. W. R. i O. P. szereg wątpliwości co do przesłanego projektu budowy, w końcowym jednak ustępie zaznaczyło, „że zasadniczo kwestię budowy gmachu dla przyszłej Kliniki Stom. Uniwersytetu traktuje pozytywnie i chce dołożyć satrań, by uzyskać we właściwych instancjach środki finansowe na ten cel".

Zaraz po wielkich wakacjach uniwersyteckich powołał Dziekan Wydziału Lekarskiego Komisję dla dalszego załatwienia tejże sprawy. Na trzech posiedzeniach przygotowała Komisja odpowiedź na ostatnie pismo Ministerstwa, którą Rada Wydziałowa przyjęła jednomyślnie na posiedzeniu w dniu 23. października br.

Najważniejsze z wniosków Wydziału lekarskiego są następujące:

> „Zgodnie z poprzednimi oświadczeniami Rada Wydziału Lekarskiego uważa budowę Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu lwowskiego za bardzo ważną i pilną, zaznaczając, że warunki, w jakich obecnie pracuje katedra stomatologii są nadal nie do utrzymania.
>
> Wobec tego Rada Wydziału Lekarskiego stawia obecnie budowę tej Kliniki ponownie na pierwszym miejscu, przy czym zaznacza, że przedstawiciel katedry stomatologii, który od 19 lat stale ponawia swe wnioski o odpowiednie umieszczenie Zakładu, pracą swą naukową, zawodową i społeczną, zasłużył na szczególne poparcie Uniwersytetu.
>
> —
>
> Rada Wydziału Lekarskiego prosi Ministerstwo o wyasygnowanie jeszcze w bieżącym roku kredytów na opracowanie szczegółowych planów i o wstawienie w przyszłym preliminarzu budżetowym kredytów w takiej wysokości, aby można było ukończyć budowę Kliniki Stomatologicznej w przeciągu dwóch lat.
>
> Zarazem zwraca się Rada Wydziału z prośbą do Senatu Akademickiego o równie stanowcze poparcie projektów prof. Cieszyńskiego, które mogą być zrealizowane tylko przez niego samego".

Obecnie pismo to czeka na opinię Senatu Akademickiego, aby być przesłane drogą urzędową do Ministerstwa W. R. i O. P.

W takim stadium znajduje się po 19 letnich staraniach projekt Budowy Kliniki Stomatologicznej we Lwowie w dniu 10. listopada 1938.

„Ceterum censeo Clinicam Stomatologicam Universitatis Leopoliensis esse eregendam".

Antoni Cieszyński.

* * *

Dnia 14 listopada 1938 r. uchwalił Senat Akademicki U. J. K. jednomyślnie uznać wnioski Rady Wydziału lekarskiego za własne i poprzeć gorąco starania prof. Cieszyńskiego.

Stopień nasilenia lekarzy-dentystów w nowo utworzonych okręgach Izb Lek.-dentystycznych*).

(zestawił prof. **Cieszyński,** dn. 12. V. 1938).

Lekarzy-dentystów



*) Odnośną tabelę statystyczną zob. **Cieszyński:** Rozmieszczenie lekarzy dentystów w Polsce w r. 1938 z uwzględnieniem nowo utworzonych okręgów Izb lekarsko-dentystycznych. (Polska Stom. 1938 nr 6).



Uniwersytet poznański Poliklin. Stom. Wykłady zlecone.

Ministerstwo W. R. i O. P. powierzyło kierownikowi Polikliniki Stomatologicznej U. P. docentowi i zast. profesora dr. Leonowi Laknerowi na rok akad. 1938/39 ćwiczenia zlecone z dentystyki zachowawczej i protetyki po 1 godzinie tygodniowo we wszystkich trzech trymestrach.

(Uwaga Redakcji : Prawdopodobnie będzie chodziło o wykłady zlecone z powyższych przedmiotów, bo nie można sobie wyobrazić, aby w dwóch godzinach tygodniowo można było uzyskać wystarczające wiadomości i dostateczną wprawę w jednym z powyższych przedmiotów).

Z Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyr. Prof. Dr ANTONI CIESZYŃSKI LWÓW

ZAPOBIEGANIE PRZYZĘBICY ZE STANOWISKA FUNKCJI I ODŻYWIANIA.*)

Die Prophylaxe der Parodontalerkrankungen vom Gesichtspunkte funktionneller Beanspruchung und der Ernährung.

Prophylaxis in parodontal diseases from the functional and dietetic standpoint.

Prophylaxie des affections parodontaires au point de vue fonctionel et diétetique.

Dok. pol. 24.762:22,2 Doc. int. 616.314.17.008.1.02

I. Celowe zapobieganie musi w tej samej mierze jak leczenie uwzględniać etiologię danej choroby.

II. W konsekwencji należy możliwie jak najwcześniej ustalić czynniki etiologiczne.

III. Przeprowadzenie skutecznego zapobiegania polega za tym na świadomym, systematycznym usunięciu tychże czynników.

IV. Zapobieganie osiągnie swój cel, jeżeli uda nam się wykluczyć rzeczywiście szkodliwe czynniki; jeżeli przewidywany stan chorobowy nie wystąpi, względnie jeżeli nastąpi znaczne opóźnienie wystąpienia będzie to dowodem, że właściwą obraliśmy drogę.

Etiologia schorzeń parodontalnych.

Przyzębice obejmować mogą całość przyzębia:

a) kość szczękową, tj. tkankę, która oddziaływa na podniety czynnościowe (funkcyjne),

b) powierzchnię korzeni zębów, a więc narząd wywołujący podniety,

c) aparat zawieszeniowy czyli łącznik (medium), przynoszący podniety.

Zdolność czynnościowa narządu parodontalnego zależy:

1. od odporności kości szczękowej i

2. od prawidłowości i nasilenia czynności aparatu szczękowego.

*) Wykład wygłoszony na VII Międzynar. Kongresie „ARPA" w Pradze 27 sierpnia 1938 r.

Przy zapobieganiu przyzębicom należy zatym uwzględnić oba te czynniki.

Ad 1) Odporność kości szczękowej zależy od odpowiedniej architektury kości i jej wytrzymałości, od właściwej budowy istoty organicznej komórek i należytego zwapnienia. Ze stanowiska biologicznego wchodzi więc w rachubę jakość tkanki łącznej mezenchymalnej, przy czym należy uwzględnić czynnik dziedziczności i konstytucji, następnie żywotność komórek kostnych i ich zdolność zachowania funkcji przez odpowiednie odżywianie. Odżywianie uzależnione jest od dostatecznego dowozu krwi i od przemiany materii komórek, zwapnienie zaś od przemiany mineralnej.

Na przemianę materii w kości, która odbiera bodźce, oraz na przemianę materii łącznika pośredniczącego mają wpływ:

a) bezpośrednie, mechaniczne bodźce oraz

b) przemiana ich w energię chemiczną, tj. w kwasy albo zaczyny, które powodują proces odwapnienia.

Siła zgryzu przenosi się podczas żucia i odgryzania pokarmów za pośrednictwem zębów na ozębną, cement i kość wyrostka zębodołowego. W razie zaburzeń w aparacie zawieszeniowym ucisk wywierany na kłębki naczyń, znajdujące się między włókienkami ozębnej i służące niejako za elastyczne zderzaki, trwa dłużej i przekracza granicę ich fizjologicznej wytrzymałości. Na skutek tego występują zaburzenia w przemianie materii i w oddychaniu komórek kostnych. Tlen doprowadzony przez krwinki, zostaje zużyty, a zamiast niego doprowadzone zostają do komórek kostnych CO_2 i inne produkty przemiany materii komórkowej. Z czasem słabnie elastyczność i odporność ściany zębodołów i coraz wolniej następuje wywóz produktów przemiany materii aparatu zawieszeniowego. W ten sposób przychodzi do krótkotrwałych okresów niedożywienia komórek kostnych. Pozostające w nadmiarze CO_2, oraz kwaśno oddziałujące produkty odbudowy białka komórkowego wywołują w pewnych odcinkach przyzębia, które pozostają pod naciskiem, stan zakwaszenia doprowadzający do powolnego rozpuszczenia soli wapniowych w bezpośrednim pobliżu zęba.

Wprawdzie wypełniają się znowu wkrótce naczynia w pobliżu korzenia, skoro ucisk ustaje, zostają znowu zaopatrzone w tlen, a szkodliwe produkty przemiany materii zostają wywiezione. Przy schorzeniach przyzębia odbywa się odżywianie komórek kostnych wolniej i dlatego też mniej intensywnie, co zaznacza się z czasem jako zabu-

rzenie odżywcze całego aparatu parodontalnego i tłumaczy występowanie schorzeń parodontalnych.

Zmiany te występują intensywniej, gdy prócz zaburzeń o charakterze miejscowym ucierpi także ogólne odżywianie tkanek na skutek zmian w jakości pożywienia. Zmiany te występują jako wyraz dysfunkcji gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu, braku witamin lub za małej zawartości soli mineralnych w pożywieniu lub wreszcie jako wyraz obecności ciał alergicznych.

Występujący w komórkach tkankowych w większej niż w normalnej ilości dwutlenek węgla powoduje podwyższenie kwasoty w niektórych odcinkach tkanki parodontalnej. Stan ten przyczynia się do odwapnienia ściany zębodołu w danym odcinku. Czynniki alergiczne stanowią wystarczający bodziec dla przemiany komórek tkanki łącznej na komórki, powodujące odbudowę kości; w miejscach zaś, w których wartość pH jest wysoka, a więc gdzie panuje odczyn zasadowy, wywołują dobudowę substancji kostnej. To założenie tłumaczy zatem występującą w takich warunkach odbudowę ściany zębodołu przy przyzębicy działaniem czynników biologiczno-statycznych i wyjaśnia proces odbudowy w ostatnim rzędzie zmniejszeniem nasilenia funkcji i zmniejszeniem odporności tkanek, a zarazem uzasadnia dalszy proces rowojowy odbudowy kośćca. (Cieszyński).

Jako rezultat tego osłabienia odporności kośćca, występują pierwsze objawy chwiania się zębów.

Proces odwapnienia w okresie początkowym zaznacza się na zdjęciu roentgenowskim przez zwiększoną przepuszczalność tkanek dla promieni roentgenowskich w pobliżu korzeni zębowych, przy czym zarys szpary periodontalnej występuje mniej kontrastowo.

Rozważania te prowadzą do u s t a l e n i a p e w n y c h z a s a d d l a z a p o b i e g a n i a. Należy dążyć do wzmożenia odporności wyrostka zębodołowego przez odpowiednie postępowanie miejscowe oraz do zapewnienia funkcji aparatu żucia w granicach biologicznych.

Jeżeli więc poszczególne składowe części uzębienia pod względem budowy swej i swego układu w szeregu zębów wywierają podniety mechaniczne podczas funkcji szczęk na podłoże kości szczękowej w granicach odpowiadających wskaźnikowi odporności tychże, wtedy jest zachowana normalna statyczna równowaga między oddziałującą siłą a odpornością podłoża; wtedy też nie występują żadne objawy patologicznej odbudowy kości. Im równomierniej na-

stępuje przeniesienie funkcyjnych bodźców na podłoże, tym prawidłowiej odbywają się procesy odżywcze w tkance parodontalnej. Skoro jednak zachwiana zostaje fizjologiczna równowaga, powstaje stan powodujący zanik kości szczękowej.

Dla celów praktycznych możemy stąd wyciągnąć następujące wnioski:

a) Należy dążyć do wzmożenia odporności kości szczękowej przez odpowiedni dowóz produktów odżywczych do tkanki parodontalnej.

b) Należy dążyć do zachowania szeregu zębów w komplecie; wyjęcie zęba lub też choroby zębów powodują bowiem zaburzenia w normalnej równowadze wśród szeregu zębów, jako też w stosunku do przeciwległego szeregu zębów.

c) Należy możliwie jak najwcześniej zwrócić uwagę na objawy ewentualnego zaburzenia równowagi, aby jeszcze w porę móc je usunąć.

d) Nieprawidłowe obciążenie, nawet słabego stopnia, należy stwierdzić i następnie usunąć przez zeszlifowanie guzków i to możliwie jak najwcześniej.

e) W pracach protetycznych należy unikać ucisku na dziąsła w okolicy szyjek zębowych, aby nie utrudniać prawidłowego odżywiania tkanki parodontalnej.

Wczesne objawy schorzeń parodontalnych.

Nie łatwą jest rzeczą zauważyć wcześnie objawy rozwijającego się zaburzenia równowagi na skutek przeciążenia czynnościowego i stwierdzić, że maleje odporność kostnego podłoża. Łatwiej natomiast jest zauważyć objawy późniejsze, występujące w II. i z początkiem III. okresu, którymi są chwianie się zębów i ewentualny wysięk ropny, będący produktem zapalnym.

Przy pewnej uwadze możemy istnienie tych zaburzeń już w początkach zauważyć, a w rozwiniętych stanach chorobowych, stwierdzić roentgenologicznie i klinicznie.

O diagnostyce roentgenologicznej przyzębia mówiłem już, zabierając głos w dyskusji *) do referatu dr. Parmy.

---

*) Koreferat ten na temat: „Roentgenologiczne rozpoznawanie parodontoz“ ukaże się w następnym numerze „Polskiej Stomatologii“.

O b r a z r o e n t g e n o w s k i (według badań własnych).

Przyzębica zaznacza się roentgenologicznie jako zanik wyrostka zębowego (w. z.). Normalnie przechodzi brzeg kostny w. z. na wysokości szyjek zębowych, czyli że cały korzeń tkwi w zębodole, krawędź przegrody zębodołowej jest zaokrąglona i równomiernie przepuszczalna dla promieni roentgenowskich.

Przy przyzębicy zaś przechodzi brzeg kostny w. z. poniżej szyjki zębowej, krawędź przegrody zębodołowej jest jakby nadżarta i cokolwiek odwapniona; na negatywie występuje jako ciemniejszy nierówny rąbek.

Struktura istoty gąbczastej jest wyrazem funkcji *); z zanikiem czynności zębów zaciera się na roentgenogramie obraz struktury kości i zarys zębodołu.

Kontrastowość struktury jest wynikiem większego lub mniejszego zwapnienia kośćca i zależna jest od ilości soli wapniowych, związanych z istotą organiczną kośćca.

U typów artretycznych o zwiększonej zawartości kwasu moczowego, struktura kości jest wyrazistsza, przy zwiększonej zaś zasadowości, obraz jest bardziej mglisty.

Przebieg brzegu zanikającego w. z. może być prosty, równomiernie falisty, albo też lejowaty w pobliżu korzeni.

Równomierny przebieg brzegu w. z. — tzw. zanik poziomy — wskazuje na zaburzenia odżywcze na tle ogólnym i konstytucyjnym.

Zarys lejowaty — tzw. zanik pionowy — w pobliżu korzeni jest wynikiem zaburzeń odżywczych na skutek miejscowego przeciążenia poszczególnych zębów. Klinicznie stwierdza się wówczas podczas przesuwania szczęki dolnej w kontakcie z górną drganie zębów lub większą lub mniejszą ich ruchomość w zębodole.

Ozębna zaznacza się jako szpara między korzeniem a ścianą zębodołu. Rozszerzenie się tej szpary jest wyrazem zgrubienia ozębnej. Przy lejowatym zarysie zębodołu przestrzeń między ścianą zębodołu a korzeniem jest wypełniona ziarniną.

Na te charakterystyczne znamiona należy zwrócić uwagę przy oględzinach roentgenogramu.

Rozróżniamy cztery stopnie zaniku wyrostka zębodołowego.

*) Po ekstrakcji zębów, wzgl. pod przęsłami mostków, a więc wszędzie tam, gdzie niema reakcji na czynność, występuje układ pęcherzykowy struktury. Natomiast spłaszczenie tych pęcherzyków i sprowadzenie ich do układu beleczkowego na skutek kompresji jest wyrazem czynnościowego obciążenia.

I. st. obejmuje zanik w. z. w obrębie szyjkowej, tj. pierwszej trzeciej korzenia,

II. st. obejmuje zanik w. z. w środkowej, tj. drugiej trzeciej korzenia,

III. st. obejmuje zanik w. z. w szczytowej, tj. ostatniej trzeciej korzenia,

IV. st. obejmuje zanik w. z. pogranicza kości szczękowej ze szczytem korzenia.

Przy III. i IV. stopniu stwierdza się chwianie zębów.

Początkowe objawy przyzębic dotyczą pierwszego stopnia zaniku i obejmują obręb pierwszej trzeciej korzenia.

Przy stanach dystroficznych może być całość wyrostka zębodołowego zachowana zwiększa się tylko przepuszczalność kośćca na promienie roentgenowskie na skutek jego deminerlizacji i występują ciemniejsze otoczki 3 do 6 mm szerokie wkoło korzeni zębów z wyraźną jednak jeszcze strukturą kości.

Te powyżej przezemie porobione spostrzeżenia nie są dotychczas systematycznie zużytkowane przez ogół dla diagnostyki przyzębic. Szerzej opiszę je i zilustruję w pracy osobnej.

Badania kliniczne. Badanie kliniczne jest przy schorzeniach parodontalnych bardzo ważne. Możemy je podzielić na ogólno lekarskie i stomatologiczne. Pierwsze wymaga wiadomości lekarskich i wielkiego doświadczenia klinicznego, jako też pewnych wiadomości z innych gałęzi medycyny, drugie zaś może być opanowane (w łatwy sposób) przez lekarza dentystę. Ale i ten pierwszy rodzaj badania może opanować do pewnego stopnia także i lekarz dentysta.

Różnorodność czynników etiologicznych wywołujących schorzenia parodontalne, niemożność uchwycenia ich i uwzględnienia dokładniejszego w praktyce dentystycznej oraz trudności przy prowadzeniu dokładnych badań, wielkie koszty związane z badaniami z zakresu wewnętrznej medycyny, wymagających osobnego przygotowania, małe widoki na uzyskanie istotnie wartościowych wyników badań, stanowią trudności dla wyjaśnienia etiologii różnych typów przyzębicy. Stajemy też niekiedy bezradni wobec trudności wykrycia momentów etiologicznych, ostatecznych przyczyn choroby, na których ma się opierać racjonalne zapobieganie. Niemniej spróbujemy przy naszym badaniu klinicznym uzyskać pewne punkty wyjścia dla zapobiegawczego leczenia schorzeń parodontalnych.

Nie wchodząc w krąg teoryj mniej lub więcej uzasadnionych, spróbuję dać praktykowi niektóre ważniejsze wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne.

Poddając przeglądowi naszych pacjentów ze zmianami parodontalnymi stwierdzić możemy, że przeważnie wszyscy wyglądają starzej, aniżeli by to odpowiadało ich wiekowi. Jest to łatwo zrozumiałe, ponieważ przyzębica najczęściej jest następstwem zaburzeń czynnościowych pewnego zespołu narządów. Przy prawidłowej czynności wszystkich narządów następuje zużycie ludzkiego organizmu powoli bez szczególnych zaburzeń, tak że przy sprzyjających warunkach uzyskuje się granicę wieku około 65-ciu lat, przy czym wygląd człowieka odpowiada istotnie wiekowi jego w poszczególnych okresach życia. Odnosi się to także do aparatu żucia, jego czynności oraz funkcji jego składników, do wyglądu dziąseł i do odporności kości wyrostka zębodołowego.

Kto się od szeregu lat ćwiczy w ocenie wieku swoich pacjentów i swego otoczenia, potrafi go na ogół dobrze ocenić z różnicą 3 do 8-miu lat. Trudno jest wyliczyć wszystkie poszczególne znamiona, składające się na prawidłową ocenę wieku: wygląd pacjenta, wyraz twarzy, barwa skóry, owłosienie, stosunek wagi ciała do wzrostu, chód, elastyczność ruchów, świeżość wyglądu, świeżość umysłu, mowa, pismo*) itd., wszystkie te objawy i następstwa przebytych chorób można w $^{1}/_{2}$—1 minuty z grubsza uchwycić i wiek bez gruntowniejszego badania w przybliżeniu ocenić. Jeżeli teraz danego osobnika zapytamy o wiek i porównamy oba wyniki ze sobą otrzymamy albo koincydencję, jeżeli prawidłowo funkcjonowały wszystkie narządy, albo też różnicę, która tym bardziej będzie podpalającą, im większe zachodzą zaburzenia w funkcji poszczególnych narządów. U zdrowych ludzi oszacowany wiek na ogół odpowiada rzeczywistemu. Zazwyczaj jednak spotykamy różnicę od 3 do 10 lat na niekorzyść wieku rzeczywistego, gdy rozpiętość ta jest duża wtedy mówimy o przedwczesnym starzeniu się. Różnicę tę należy uwzględnić; ma ona nas bowiem skłonić do dalszych badań, mających za zadanie wykrycie przyczyn tej rozbieżności. To samo pytanie, czy oszacowany wiek zgadza się z wiekiem chorego, należy też sobie stawiać przy badaniu uzębienia i dziąseł już przy pierwszych oględzinach.

Jeżeli więc przy badaniu aparatu żucia stwierdzimy również wspomnianą dysproporcję, to już stwierdzenie tego stanu stanowi

---

*) Pacjent pisze swe nazwisko na kartce przychodząc do ordynacji.

pewne wyjaśnienie. Bardzo ważne jest wyciągnięcie wniosków co do wieku i co do stanu ogólnego zdrowia, ze stanu dziąseł i kości szczękowej wraz z przyzębowym aparatem zawieszeniowym.

Zdrowy kościec szczękowy oraz zżucie zębów odpowiadające wiekowi przy pełnym stanie uzębienia towarzyszą zazwyczaj zbieżności wieku oszacowanego z rzeczywistym.

Jeżeli zaś mamy przed sobą pacjenta ze zmianami parodontalnymi, możemy mniej więcej w 80% wypadków stwierdzić różnicę między wiekiem rzeczywistym a oszacowanym.

Jeżeli więc chroniczne schorzenia przyzębia stanowią jeden z ważnych objawów przedwczesnego starzenia się, to też odwrotnie — *przedwczesna starość będzie dla nas wskazówką dla przypuszczenia powstawania schorzeń parodontalnych.*

Stosunkowo częste występowanie tejże choroby nakłada na lekarza dentystę obowiązek badania każdego chorego pod tym kątem widzenia, doszukiwania się pierwszych objawów zaburzeń parodontalnych, a nawet uznania lekkich niekiedy schorzeń dziąsła nie tylko za kataralne zapalenia, ale zwiastuny rozpoczynającej się przyzębicy. Musimy więc pomyśleć o możliwości klinicznie trudno stwierdzalnego stadium początkowego parodontozy i nie zadowalać się przy badaniu uzębienia wyłącznie stwierdzeniem próchnicy oraz braku szeregu zębów, ale

1. przede wszystkim powinniśmy *zbadać stateczność uzębiena* i stateczność kośćca wyrostka zębodołowego,

2. przy *przeglądzie zdjęć roentgenowskich* wykonanych z różnych przyczyn *należy szczególną uwagę poświęcić brzegowi wyrostka zębołowego i ukształtowaniu się zębodołu pod wpływem funkcji.*

3. Należy bardzo sumiennie *zbadać stan dziąsła* pod względem wyglądu, wraźliwości na ucisk, stwierdzić ewentualną wydzielinę w okolicy szyjki zębowej, zwrócić uwagę na istnienie torebek dziąsłowych, ich głębokość, na naloty i złogi kamienia zębowego. Myśleć należy przy tym o możliwości zmian pod wpływem działania rtęci, bizmutu, ołowiu, które występują jako charakterystyczne zabarwienie na brzegu dziąseł w postaci rąbka. Jeżeli są jakieśkolwiek podejrzane objawy, należy przeprowadzić wywiady o stanię ogólnym,

chorobach ostatnio przybytych, o funkcji i schorzeniach przewodu pokarmowego (gastritis, enteritis, colitis). Należy stwierdzić, czy i od kiedy dany chory cierpi na przewlekłe zaparcie stolca.

U kobiet należy przeprowadzić wywiady co do menstruacji, czy odbywa się regularnie pod względem czasu, nasilenia i trwania.

Zbadać należy ciśnienie krwi, stany bowiem hypertoniczno-spastyczne przyczyniają się do powstawania schorzeń parodontalnych (Chaim).

Stateczność uzębienia, czyli silne osadzenie zębów w zębodołach, świadczy o odporności kości szczękowej.

Zmniejszoną stateczność zębów stwierdzić można w sposób następujący:

1. ujmując ząb palcami wielkim i wskazującym wyczuwa się przy próbach ruchu w kierunku radialnym pewną ruchomość,

2. przy pionowym nacisku ząb się poddaje,

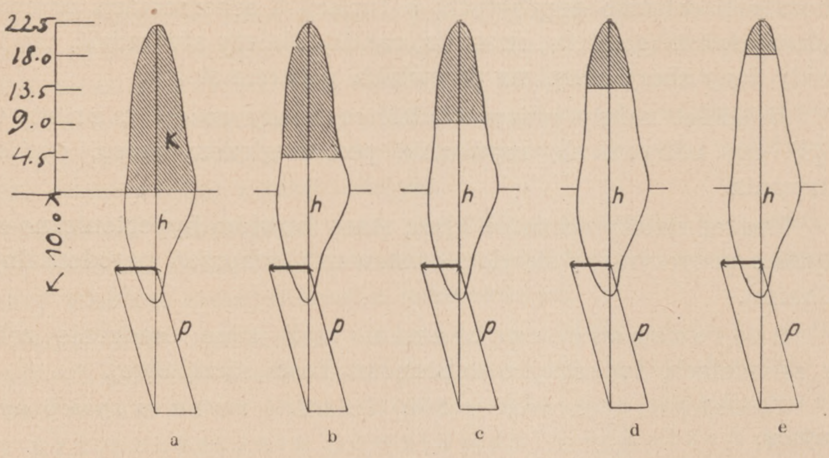
3. przy przesuwaniu żuchwy w bok stwierdzić można pewną ruchomość zęba w stosunku do zębów sąsiednich, podobnie przy przesuwaniu ku przodowi. Wybitniejsze odchylenia stwierdza się gołym okiem, mniejsze wyczuwa dotykiem, kładąc opuszkę palca wskazującego na trzy sąsiadujące ze sobą zęby (Cieszyński). Ta ostatnia metoda jest bardzo prosta, a przy tym bardzo czuła; niestety nie często jest stosowana w praktyce, jakkolwiek poleciłem ją już kilkakrotnie na różnych kongresach. Palec wskazujący wyczuwa wyraźnie nieznaczną jeszcze ruchomość, przede wszystkim w obrębie zębów przednich, spowodowaną wydłużeniem się zęba. Chwiania tego zazwyczaj nie spostrzega pacjent, ponieważ się do tego stanu już przyzwyczaił. Poprawę tego stanu uświadamia sobie natomiast dopiero wtedy, gdy zeszlifuje się miejsca kontaktu zgryzu.

To nieznaczne rozchwianie się zęba stwierdzić możemy już przy drugim stopniu przyzębicy. Im dalej postępuje zanik zębodołu, tym bardziej zwiększa się obciążenie zęba jek stwierdzili to Thiering i Schwarz*) (Wiedeń). Ryc. 1 i 2.

---

*) Schwarz M. Mathematische Ueberprüfung des Verhaltens überlasteter Zähne. Z. f. Stom. 1928.

Kieffer E. Paradentosenbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Entlastung. Berlin 1932. S. 11—16.



Rys. 1. Przy tej samej sile zgryzowej (*p*) wzrasta nacisk na brzeg zębodołu nieproporcjonalnie szybko do zmniejszonej długości korzenia „klinicznego" *(k)* a zwiększającej się „klinicznej" korony *(h)*.

Przy postępującym zaniku kości szczękowej skraca się tzw. oś kliniczną zeba, tj. część korzenia tkwiącą w zębodole (ryc. 1). Pomijam dowód matematyczny podany przez wspomnianych autorów, a podaję tylko w ryc. 2-giej stosunek w z r o s t u n a c i s k u n a b r z e g z ę b o d o ł u **Q** w stosunku do zredukowanego zębodołu.

	a		**b**		**c**		**d**		**e**
Długość korzenia klinicznego	22,5		18,0		13,5		9,0		4,5
Długość zaś drugiego ramienia zaczepnego czyli korony wydłużonej „**h**" wynosi	10,0		14,5		19,0		23,5		28,0
Nacisk na krawędź zębodołu obliczony według wzoru matematycznego *)	1.48		2.45		4.6		10.92		45.92
Jeżeli zaś dla Qa zamiast 1.48 przyjmiemy 1,0, otrzymujemy następujący stosunek	**1.0**	**:**	**1.6**	**:**	**3.0**	**:**	**7.3**	**:**	**31.0**
co przedstawiono graficznie w ryc. 2-giej. Dla łatwiejszej orientacji oznaczamy długość korzenia ułamkiem	**5/5**	**:**	**4/5**	**:**	**3/5**	**:**	**2/5**	**:**	**1/5**

to znaczy, że obciążenie brzegu zębodołu wzrasta z postępującym zanikiem kości nieproporcjonalnie szybko. Przy długości korzenia klinicznego 4/5, czyli

---

*) $$Q = \frac{4p}{k} \cdot \left(1 + \frac{3h}{2k}\right) \text{ wzór Thieringa.}$$

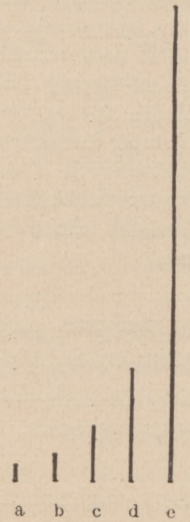
Q oznacza ciśnienie na brzeg zębodołu, **p** — siła zgrzytu, **k** = długość klinicznego korzenia, **h** = wysokość klinicznej korony, czyli drugiego ramienia dźwigni. (W rycinie 1. odcinek cieniowany).

Przykład obliczenia dla przypadku **a.**

$$Qa = \frac{4p}{k}\left(1 + \frac{3h}{2k}\right) = \frac{4 \times 5}{22,5}\left(1 + \frac{3 \times 10}{2 \times 22,5}\right) = 1{,}48$$

zaniku o 1/5 długości korzenia, wzrasta nacisk brzeżny do 1,6, przy 3/5 długości korzenia trzykrotnie, a przy 1/5 długości korzenia, tj. w wypadku **e** aż 31-krotnie.

Te stosunki należy sobie dobrze uzmysłowić i zapamiętać.



Rys. 2. Stosunek zwiększającego się nacisku na brzeg zębodołu przy skracającym się korzeniu „klinicznym". Porównaj ryc. 1.

a : b : c : d : e = 1.0 : 1,6 : 3.0 : 7.3 : 31.0

4. Czwarty sposób badania na stateczność dotyczy podatności zęba w kierunku dośrodkowym i odśrodkowym, a więc w tych kierunkach, które wchodzą w rachubę przy separacji zębów przy zabiegach zachowawczych. Podatność w zębodole w kierunku dośrodkowym i odśrodkowym nie zależy tylko od ścisłego przylegania koron zębowych w szeregu, ale także od zwapnienia kości szczękowej. Stan zaś zwapnienia jest różny, a więc indywidualny. Jeżeli spotykamy podatność wielką przy separacji zębów, możemy wnioskować o słabszym zwapnieniu szczęki. Roentgenologicznie możemy stwierdzić albo szparę ozębnej rozszerzoną, albo też silniejszą przepuszczalność struktury kostnej; w przypadku ostatnim wnioskujemy, że istnieje zmniejszone zwapnienie istoty gąbczastej zębodołu.

Na ogół stwierdza się chwianie zębów dopiero wówczas jeżeli $^{2}/_{3}$ zębodołu uległo zanikowi (Cieszyński).

Rozważania i wnioski co do leczenia zapobiegawczego.

Zmniejszenie zawartości soli wapniowych w kości tłumaczyć sobie możemy zwiększoną zasadowością organizmu, która powoduje zaczerpnięcie rezerw soli wapniowych, znajdujących się w kościach.

Spotykamy tu niekiedy przy dysfunkcji niektórych gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu, jak przytarczyc i tarczycy, jako też przysadki mózgowej.

Obserwowałem dziewczynkę lat 13-tu, wykazującą wzrost 168 cm, która w $14^1/_2$ roku wyrosła nadmiernie do 176 cm. Pierwsza miesiączka była opóźniona i pobudzona została preparatami owarialnymi, aby przeciwdziałać nadmiernemu wzrostowi. Menstruacja wystąpiła dopiero w 14-roku i 2 miesiącach. Nie stwierdzono przy tym żadnych objawów akromegalii. Chora wykazywała zwiększoną zasadowość ustroju, skłonność do próchnicy i słabe zwapnienie kości szczękowej przy wyraźnie zaznaczonych ścianach zębodołowych o nierównym guzowatym przebiegu, gdzie sole wapniowe na skutek funkcyjnego obciążenia i niskiej zawartości miejscowej pH w tkance periodontalnej, pomimo istniejącej zasadowości organizmu nie zostały nadżarte.

Podobne objawy odwapnienia kości spotykamy podczas ciąży i w okresie karmienia, w których to spotyka się obrzmienie dziąseł i stany zapalne dziąseł. U otyłych ze skłonnością do dny (arthritis) zawartość soli wapniowych w kościach jest zazwyczaj wysoka, co możemy także stwierdzić roentgenologicznie.

Małowartościowa konstytucja, błędy dietetyczne i zaburzenia w przewodzie pokarmowym, przewlekłe zaparcie stolca, a na skutek tego nagromadzenie alergicznych produktów przemiany materii w tkance parodontalnej mogą także przy dobrze zwapniałym kośćcu wywołać zaburzenia odżywcze w okolicy brzeżnej zębodołu. Odbudowa i dobudowa kości mogą odbywać się u tego osobnika, a zmiany te możemy śledzić roentgenologicznie; klinicznie stwierdza się przewlekłe zapalenie dziąseł, a w okresie zaawansowanym rozchwianie się zębów.

Małą odporność tkanek można pobudzić przez gingiwektomię. Zeszlifowanie wydłużonych zębów może poprawić stan wyrostka zębodołowego; poprzednio chwiejące się zęby ustalają się wybitnie.

Podkreślić należy, co zauważyli także inni autorowie, że około 80% naszych chorych z przyzębicą stanowią w a g o t o n i c y (Citron, Entin i inni); u wagotoników wydzielanie śliny jest obfite, ciepłota ciała cokolwiek obniżona, istnieje skłonność do czerwienienia się i dermografizm.

Temuż typowi chorych przeciwstawić możemy s y m p a t y k o t o n i k ó w, którzy stanowią około 15% ogółu. U tychże chorych ślina jest gęsta, a wydzielina skąpa. Istnieje łatwa pobudliwość tarczycy. Są oni łatwo nerwowi pobudliwi, fizycznie chudzi, ru-

chliwi, czynni w życiu codziennym, intelektualnie żywi; przeważnie wykazują skłonność do dolegliwości żołądkowych.

Między tymi dwoma przeciwieństwami istnieje szereg przejść (Entin). Już to powierzchowna charakterystyka kilku typów daje nam możność zastosowania pewnego celowego zapobiegania przy uwzględnieniu fizycznych jako też i psychicznych momentów.

Wielki odsetek naszych chorych, u kobiet przeszło połowa, wykazuje przewlekłe stany zaparcia stolca. Objaw ten łatwo stwierdzić drogą wywiadów i połączyć etiologicznie z stwierdzonym objawem miejscowym w obrębie szczęk i dziąseł. W danych wypadkach należy przeprowadzić zapobiegawczo odpowiednie ogólne leczenie. Z reguły należy w tychże przypadkach spowodować regularny stolec przynajmniej raz dziennie, o odpowiedniej konsystencji, drogą diety, przez odpowiedni sposób życia i niezbyt drażniące środki przeczyszczające. W tych wypadkach otrzymuje się także dobre wyniki leczeniem uzdrowiskowym.

Chorzy z przewlekłym zaparciem stolca stanowią $^{2}/_{3}$ tych osobników, u których występuje przedwczesne starzenie się, a między nimi jest znaczny odsetek, który wykazuje przyzębicę.

Nie należy pominąć kwestii menstruacji u kobiet, czy występuje regularnie i w odpowiednim nasileniu. Gdyż właśnie dysmenorea, polegająca na dysfunkcji gruczołów płciowych, powoduje często przyzębicę i przyswaja do niej kość szczękową. W podobnych przypadkach ginekolog stwierdza zazwyczaj etiologiczną łączność między zaburzeniami w miesiączkowaniu a przyzębicą i uzyskuje poprawę, stosując odpowiednie preparaty hormonalne (wstrzykiwania folikuliny i luteiny według odpowiedniego schematu). Poprawa jednak utrzymuje się zazwyczaj tak długo, jak długo podawane są preparaty organiczne, regulujące cykl miesiączkowania. Są jednakowoż przypadki, w których leczenie tego rodzaju uregulowało miesiączkowanie definitywnie; wtedy to zastosowane zostało odpowiednie zachowawcze leczenie wobec powstałej parodontozy.

Większość przyzębic wywołana jest nieodpowiednim odżywianiem. Właściwe odżywianie więc stanowi najlepszą drogę w zapobiegawczym lecznictwie. Odnośnie do tegoż leczenia dam tylko kilka zasadniczych wskazówek.

Zakwaszenie ustroju powstaje zazwyczaj przy nadmiernym odżywianiu się mięsem; występuje wówczas skłonność do dny.

Pokarmami kwasotwórczymi są: mięso, jaja i wszystkie nasiona, także obfity dowóz węglowodanów, rafinowanego cukru, potraw mącznych, prowadzą do zakwaszenia. Zwiększona ilość soli, niedobór w dowozie wapnia doprowadzają do znacznego podrażnienia stanu tkanek.

Niedobór w pokarmach jarskich, świeżych jarzynach, doprowadza do braku witamin C, A, B i D.

Natomiast liście — sałaty, korzenie, owoce, powodują nadmiar zasad.

Niedobór wapnia w pokarmach może spowodować głód wapnia w organizmie (na skutek wpływów hormonalnych i nerwowych) i powoduje obniżenie zawartości wapnia w tkankach, przede wszystkim w kościach i zębach.

Zapotrzebowanie wapnia może być pokryte odżywianiem jarskim. Warunkiem jednak koniecznym jest, by dane jarzyny wyrosły na glebie naturalnie nawożonej. Składniki mineralne są przenosicielami zasad i obok innych czynników ustalają równowagę między kwasami i zasadami.

Zwykłą makę pozbawia się podczas mielenia części ich zawartości soli mineralnych i otręb. Otręby pobudzają tak samo jak celuloza, normalną czynność jelit. W otrębach zawarta jest witamina B, którą przez zbyt daleko prowadzone przesiewanie podczas mielenia traci się. Z tego powodu należy raczej spożywać chleb grubo mielony, pełnowartościowy.

Jeżeli odżywianie jest nieracjonalne, należy je odpowiednio zmienić, ograniczyć dowóz pokarmów o wysokiej zawartości białka, tak samo i używanie soli kuchennej w nadmiernej ilości. Należy natomiast zwiększyć dowóz wapnia oraz pokarmów zawierających dość błonnika, celem pobudzenia czynności jelit.

Polecenia godnym jest spożywanie surówki: jarzyn, owoców, pomidorów, sałat, a więc pokarmów zawierających witaminy; zimą zaś: cytryn, pomarańcz, kiszonej kapusty, ile możności surowej, ew. świeżych drożdży (3 razy dziennie po 10 gr) (Pietrzycki). Drożdże zawierają witaminy A, B, C i D bardzo obficie i doprowadzają do ujednostajnienia flory przewodu pokarmowego.

Te krótkie wskazówki niechaj wystarczą, aby wykazać, że nie stoimy tak zupełnie bezradnie wobec leczenia przyzębic, by podjąć walkę z czynnikiem endogennym, skoro wcześnie uda się ją rozpoznać.

Czynnik endogenny osłabia podłoże, tj. kość szczękową z tkanką łączną mezechymalną i czyni ją podatną na schorzenia, podczas gdy czynnik eksogenny wywołuje właściwą parodontozę. Najbardziej zaś przyczynia się do jej powstania obciążenie czynnościowe, które w pewnych warunkach zaznacza się jako przeciążenie tkanki parodontalnej, bądź to poszczególnych zębów, bądź to pewnych grup w szeregu. „Obciążenie staje się wtedy przeciążeniem, gdy odporność tkanki przyzębnej nazbyt się obniży przy zwiększonym nacisku tj. obciążeniu poszczególnych zębów. Nie tyle niedostateczna równowaga zgryzowa doprowadza do parodontoz, ile zaburzenie biologicznej równowagi, tj. dysproporcja między funkcją a odpornością tkanki przyzębnej. Aby powstała przyzębica musi zaistnieć pewna „gotowość organizmu". Czy endogenną komponentę określimy jako czynnik konstytucyjny, czy też jako niedowład tkanki przyzębnej, na skutek schorzeń wewnętrznych, jest przy obecnym stanie naszej wiedzy obojętne. Są to tylko różne określenia w obrębie tego samego kompleksu zagadnień, na które znaleziono dotychczas zaledwie niedostateczną odpowiedź". (Kieffer).

Byłoby logicznym wpierw rozpocząć leczenie ogólne, następnie dopiero przystąpić do leczenia miejscowego. W praktyce codziennej jednak zapobieganie idzie drogą następującą:

1. Właściwe rozpoznanie stanu ogólnego i miejscowego.

2. Odciążanie zębów przez zeszlifowanie, odpowiednie uzupełnienie braków uzębienia, założenia na okres przejściowy albo na stałe szyny ustalającej.

3. Leczenie miejscowe: usunięcie kamienia nazębnego, leczenie środkami chemicznymi i naświetlanie lampą kwarcową.

4. Leczenie ogólne: Uregulowanie stolca, odpowiednie odżywianie; ewentualnie przestrojenie organizmu przez podawanie wapnia *), należyty sposób życia, leczenie w uzdrowisku.

5. Kontrola co 3 miesiące, polegająca nie tylko na leczeniu miejscowym, ale także i na przeprowadzeniu przepisów ogólnych i dietetycznych.

W szkicu tym pomijam uszkodzenia powodowane przez zabiegi zapobiegawcze, mające na celu wyeliminowanie sztucznych uszkodzeń

---

*) Przy zwiększonej kwasocie ustroju 5% rozczyn calcii gluconati, przy zwiększonej zaś zasadowości ustroju: 5% rozczyn calcii chlorati 3 razy dziennie jedną łyżkę stołową w pół szklance wody przez dwa do trzech dni.

przyzębia. Mam tu na myśli wywołanie skłonności do przyzębic przez regulowanie nieprawidłowo ustawionych zębów i uszkodzenia przyzębia przez wystające poza brzegi wypełnienia ubytków w okolicy szyjkowej i brzegi pierścieni kòron, przez nieodpowiednią konstrukcję mostków lub też dostawek częściowych, zaopatrzonych w źle wykonane klamry, które, naciskając na dziąsło w szyjkowej okolicy zębów, wywołują zaburzenia odżywcze.

W końcu chciałbym w kilku słowach zwrócić uwagę na codzienną higienę jamy ustnej i na uszkodzenia przyzębia przez nieodpowiednie czyszczenie zębów. Należy unikać zbyt gorących napoi, herbaty, kawy i zbyt gorących zup. Gospodyni nie popełni zbrodni, jeżeli poda potrawy niezbyt gorące. Codzienne spożywanie gorących pokarmów i napoi stwarza — moim zdaniem — podłoże dla przyzębic, ponieważ obniża odporność tkanki przyzębnej, a przede wszystkim dziąsła. Te same uwagi odnoszą się także do częstego spożywania lodów. Pokarmy należy raczej spożywać letnie aniżeli zbyt gorące lub zimne.

Drugim czynnikiem uspasabiającym jest nieodpowiednie używanie szczoteczki do zębów. Szczotkę należy używać tylko do czyszczenia zębów a nie do obrabiania, czyli masażu dziąsła. Gdyby się którąkolwiek część ciała, pokrytą nabłonkiem, w ten sposób barbarzyński chciało szorować szczotką, jak to zalecają niektórzy autorowie, polecając masaż dziąsła w stanie zapalnym szczoteczką przy przyzębicy, wywołało by się niewątpliwie objawy w postaci wyprysku, trudnego do wyleczenia. Zamiast tych „zabiegów" polecam spożywanie chleba pełnowartościowego, surowych owoców, pomarańcz, pomidorów, kiszonej kapusty, jako przystawek do jedzenia, o ile dozwala na to stan przewodu pokarmowego. Polecam codziennie rano i wieczorem, a możliwie i po każdym jedzeniu płukaniu jamy ustnej przez 1—2 minut — wystarczy na to nawet fizjologiczny rozczyn soli — aby usunąć resztki pokarmów, znajdujące się między zębami.

Prof. Dr A. Cieszyński, Lwów (Polen):

Prophylaxe der Parodontalerkrankungen vom Standpunkte der funktionellen Beanspruchung und der Ernährung.

Bei den Parodontosen findet eine Abnahme der Funktionsfähigkeit des parodontalen Apparates statt. Dieselbe ist von der Widerstandsfähigkeit des Kieferknochens und der regelrechten Beanspruchung desselben abhängig. Die

Widerstandsfähigkeit steht mit der Qualität des mesynhymalen Bindegewebes in Zusammenhang, also mit dem ererbten und konstitutionellen Faktor, mit der Lebensfähigkeit der Knochenzellen und der Erhaltungsfähigkeit der Knochenzellen und der Erhaltungsfähigkeit derselben durch entsprechende Ernährung. Letztere ist durch genügende Blutzufuhr durch den Stoffwechsel der Zellen bedingt, die hinlängliche Verkalkung hingegen durch einen regelrechten Mineralstoffwechsel. Im anatomischen und roentgenologischen Bild kommt das Resultat dieser biologischen Vorgänge, welche auf funktionelle Beanspruchung entsprechend reagieren, in der Architektur der Spongiosa des Alveolarfortsatzes und der Art deren Verkalkung zum Ausdruck.

Der Autor versucht die Stoffwechselstörungen im Bereiche der Alveolen durch Ernährungsstörungen des Knochens auf mechanisch-statischem und chemischem Wege zu erklären. Das in den Gewebssäften infolge Stauung angereicherte CO_2 und die sauer reagierenden Abbauproducte des Eiweisses der Zellen schaffen an gewissen unter Kompression befindlichen Stellen des Parodentium einen Zustand der Azidose, welcher zur allmählichen Auflösung der Kalksalze des Knochens in unmittelbarer Nähe des Zahnes führt. Diese Ernährungsstörungen sind um so intensiver, wenn auser der lokalen Stauung noch die Qualität der zugeführten Nährstoffe durch Dysfunktion der endokrinen Drüsen, durch Vitaminmangel, durch zu geringen Gehalt an Mineralsalzen und durch den allergischen Zustand herabgesetzt wird.

Voraussetzung für eine rationelle Prophylaxe bildet die frühe Erkenntnis der aetiologischen Momente und eine bewusste, frühzeitige Ausschaltung derselben. Das Roentgenbild gibt Anhaltspunkte zur frühzeitigen Feststellung der Abnahme der Funktion und für beginnende Dystrophie des Knochens an. Klinisch ist die Feststellung des frühzeitigen Alterns des Patienten ein Hinweis auf die wahrscheinliche Abnahme der Widerstandsfähigkeit des Kieferknochens. Die beginnende Lockerung des Zahnes kann mittels Tastgefühls durch Auflegen der Fingerkuppe auf die Kronen dreier benachbarter Zähne bei Verschiebung des Bisses erkannt werden. Prophylaktisch ist für genügende Zufuhr der Nährstoffe zum parodontalen Gewebe zu sorgen, um die Widerstandsfähigkeit des Kieferknochens zu heben: hinreichende Ernährung, Vitamine, entsprechende Diät, Bevorzugung der Rohkost, Beseitigung allergischer Stoffe durch Beseitigung von chronischer Obstipation, hinreichende funktionelle Beanspruchung der Zähne, Erhaltung des normalen Gleichgewichtes innerhalb der Zahnreihen, Sorge für ein lückenloses Gebiss, Kontrolle der Artikulation, *Entlastung der Zähne durch frühzeitiges Abschleifen der Höcker*, sobald die geringste Beweglichkeit des Zahnes bei Verschiebung des Bisses festgestellt wird, Vermeidung von Druck beim künstlichen Ersatz in der Zahnhalsgegend, um eine gute Ernährung des parodontalen Gewebes zu erreichen. Der Autor warnt vor den täglichen Schädigungen des Zahnfleisches durch allzu heisse und allzu kalte Speisen und Getränke und vor allem vor Missbrauch der Zahnbürste zur Massage des Zahnfleisches.

Prof. Dr A. Cieszyński, Lwów, Poland:

Prophylaxis in parodontal diseases from the functional and dietetic standpoint.

A resultat of Parodontose is a diminution of functional faculty of the parodontal framework; the latter being dependent upon his regular (correct) excercise and bodily resistance.

This resistance of the bone varies according to the quality of the mesenchymatous fibrous tissue and is therefore bound up with heredity and constitutional factors, with the vital capacity of the bone cells and the maintenance of that vitality by suitable diet. The latter is dependent by a sufficient blood supply to the tissue cells; the calcification being governed by adequate assimilation of the mineral constituents.

The build of the spongy alveolus and the degree of calcification resultant from the biological processes and the function influance can be demonstrated by anatomical and radiological examination.

It is the endeavour of the author to explain the assimilative changes which take place in the alveolar bone in accordance with those mechanostatical and chemical principles which govern bone nutrition.

The resultant stagnation of the tissue fluids with their content of carbon dioxide and the acid-reacting end products of the protein of the cells produce, in certain places which are under compression, and acidosis leading to a gradual dissolving out of the calcium salts in the immediate neighbourhood of the tooth.

These nutritional disturbances are increased when in addition to the above mentioned causes, the quality of the nutritive fluids coming to the part is degraded by endocrine disfunction. by vitamin and mineral deficiency and by allergic stand of the organisme

Rational prophylaxis demands early recognition and elimination of these aetiological factors, to which end the autor considers X-ray pictures give most valuable information for the diagnosis of functional diminution and beginning bone dystrophie. Clinicaly, premature ageing of the patient must be considered in reference to the probable deminution of the bone resistance. Loosening of the teeth is to be diagnosed by placing the finger upon three adjacent teeth during lateral occlusive movement. Prophylactic measures include an adequate supply of nourishment to the parodontal tissues in order to raise the resistance of the bones of the jaw, a sufficiency of vitamins, appropriate diet, preferably raw, elimination of allergic stand by removing chronic constipation, provision for a functional tooth activity, maintenance of a balanced occlusion and of the integrity of the biting surface, control of the articulation, *early treatment of traumatic occlusion by grindig cusps in order to prevent any possibility of pathological movement of the tooth during mastication,* appropriate prosthetic appliances to protect the tissues round the necks of the teeth; in short, all those means which may help to guarantee a well nourished parodontium. The author points out the dangers of foods, fluid or solid, which are either *too hot* or too cold and of the improper use of the toothbrush in gum massage.

Dr TADEUSZ OWIŃSKI LWÓW

O WYJAŁAWIANIU I JEGO BŁĘDACH W STOMATOLGII.

La stérilisation et ses erreurs dans la stomatologie.

Über Sterilization und seine Fehler in der Stomatologie.

Dok. pol. 39,30 Doc. int. 61537

Praca lekarza stomatologa jest w bardzo znacznej mierze walką z drobnoustrojami o zdrowie, a niekiedy i o życie pacjenta. Zasadniczym warunkiem pomyślnego przebiegu tej walki lekarza z drobnoustrojami jest wyjałowienie z bakteryj terenu walki i narzędzi pracy.

Terenem walki to ubytek w próchnicy zęba, to komora i przewody zęba w zapaleniu miazgi czy też zgorzeli, to tkanka szczytowa i jej okolica przy leczeniu zmian okołowierzchołkowych jonoforezą.

Prawie wszechobecność drobnoustrojów zmusza lekarza do drobiazgowej uwagi i konieczności stworzenia na stoliku podręcznym, czy też stole operacyjnym, przestrzeni wolnej od drobnoustrojów, aby nie zanieść ich stąd do organizmu pacjenta. Każdy lekarz mając w ręku skalpel czy też miazgociąg musi mieć tę pewność, że nie zakazi pacjenta i że instrument jest jałowy. Stąd też problem stworzenia bariery ochronnej przed drobnoustrojami absorbuje każdego lekarza i jest zawsze dla niego żywy i aktualny.

Niejednakowe są jednak drogi, którymi idą prace sterylizacyjne lekarza, więc słusznym będzie przypomnieć sobie definicję sterylizacji. Gryglewicz [1]) określa ją: „Wyjałowienie jest to stosowanie środków fizycznych i chemicznych dla zabicia wszystkich bakteryj".

Poza wyjałowieniem mamy pojęcie niższe, pojęcie dezynfekcji, odkażania. Przez odkażanie rozumiemy stosowanie środków niszczących tylko mikroby chorobotwórcze. Przedmiot jałowy musi być pozbawiony wszystkich bakteryj, zarówno chorobotwórczych jak i nie chorobotwórczych, przedmiot zaś odkażony musi być pozbawiony drobnoustrojów chorotwórczych, ale może zawierać inne niechorobotwórcze, jak np. gnilne.

---

[1]) Grylewicz Teofil prof dr. Bakteriologia i Serologia 1926, str. 379.

Zabiegi nasze podzielić możemy (jak i gdzieindziej) na aseptyczne i antyseptyczne. Aseptyczne są te, w których mamy do czynienia z niezakażonym polem pracy. W tym wypadku musimy stosować jałowe instrumenty, aby nie zakazić pola pracy, np. przy ekstyrpacji miazgi zdrowej lub niezakażonej, lub też jałowej po arszeniku.

W leczeniu zgorzeli w okolicy zakażonej posługujemy się środkami antyseptycznymi, przeważnie przeciwgnilnymi (chemicznymi), starając się ranę zakażoną pozbawić drobnoustrojów, wzgl. rozwój ich utrudnić. I tu powinniśmy w stadium końcowym dojść do momentu, w którym będziemy musieli użyć instrumentów nie tylko odkażonych, ale i jałowych, aby do oczyszczonego przewodu nie wprowadzić drobnoustrojów nowych, nawet nie chorobotwórczych a np. gnilnych.

W y j a ł a w i a n i e, t a k k o n i e c z n e p r z y z a b i e g a c h s t o m a t o l o g i c z n y c h nie jest problemem tak łatwym do rozwiązania jak w innych dziedzinach medycyny, a wynika to z różnorodności materiału, z którym stomatolog ma do czynienia.

Niemniej jest wyjaławianie tą bronią, w którą musimy się uzbroić, jeśli chcemy sumiennie wykonywać nasze zabiegi, pomni, iż one mają na celu zdrowie naszych pacjentów. Niekiedy zakażenie leczonych przewodów zębowych nie objawia się jako ostre, lub podostre zapalenie ozębnej, ale staje się ź r ó d ł e m z a k a ż e n i a o g n i s k o w e g o.

Powolny, a wymykający się z pod obserwacji, początek stanu chorobowego, zrazu nie budzącego poważnych obaw, przechodzi w silniejsze zaostrzenie. Ciepłota początkowo jest prawie normalna, po tym zjawiają się stany podgorączkowe, dalej zajęcia innych narządów lub zespołu narządów, z którymi bakterie z ognisk posiadają powinowactwo. Raz są to stawy, to znów serce i naczynia krwionośne, mięśnie prążkowane, żołądek, jelita, narządy miąższowe, skóra, układ nerwowy, już to odgałęzienia ich, już to całość [2]).

Autorowie różnych prac podają liczne przykłady, ilustrowane cyframi, ogniskowego zakażenia organizmu, którego źródłem był chory ząb. I tak ilość zachorzeń, których źródłem był ząb, w stosunku do ogólnej liczby zaobserwowanych zachorzeń wynosi według Billinga 30%, dla nephritis 90% (Anthonius), reumatyzmu stawowego 70%.

---

[2]) Allerhand dr: O zakażeniu ustnym. Polska Dentystyka 1923, str. 362.

Często możemy spotkać pacjentów z gośćcem stawowym w różnych odmianach i umiejscowieniach, zakrzepowym zapaleniem naczyń, zarostowym zapaleniem tętnic lub zapaleniem okołotętniczym, złośliwą miażdżycą nerek, zapaleniem tętniczek ze zmianami martwiczymi (arteriolitis neuroticans). kłębuszkowym zapaleniem nerek, ropomoczem, zapaleniem szpiku kostnego, nerwobólami, rwą kulszową, zapaleniem pęcherza moczowego, oczywiście nie swoistym, z nieżytem żołądka, z wrzodami żołądka i dwunastnicy, ciężkim wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, z zapaleniem tęczówki i ciała rzęskowego, zapaleniem naczyniówki, nawrotowym wrzodem twardówki, zanikiem nerwu wzrokowego, nawrotową piodermią, rumieniem wysiękowym wielopostaciowym, z pokrzywką, obrzękiem Quinckego, świądem, wypryskiem, liszajem rumieniowym, z skryptogennymi stanami podgorączkowymi, skłonnością do tworzenia zakrzepów i agranulocytozą itp. pracowicie przez Grumbacha [3]) zebranymi objawami infekcji ogniskowej.

Oczywiście owe przewlekłe ognisko zakażenia, utajone lub pozostające w ukryciu, poza charakterystycznym obrazem klinicznym, nie zawsze będzie w zębach, nie zawsze będzie to ropotok zębodołowy [4]), nie zawsze będą to zęby martwe, nie zawsze ziarniniaki okołozębowe. Będzie tam pewien procent migdałków, woreczków żółciowych, cewek moczowych i macic, czy bocznej jamy nosowej. W wielkim jednak procencie będą to sprawy związane z zębami i okolicą przyzębną, stąd powstaną owe przerzuty bakteryjne czy też oddziaływanie toksyczne, wzgl. alergiczne pierwotnego ogniska zakaźnego. Zresztą wiemy to wszyscy, gdyż często zgłaszają się do nas pacjenci z ogniskami szczytowymi na zębach zgorzelinowych, na zębach źle leczonych, a tak często pokrytych koroną. Dziś kiedy istnieje metoda prowokacyjna falami ultrakrótkimi, elektromagnetycznymi, możemy z pewnością stwierdzić czy dane ognisko jest czynne 5) 6). Badamy naczczo opadanie krwi przed naświetleniem

---

[3]) Grumbach dr med.: Diagnostische und therapeutische Probleme der Erdinfektion. Schweiz. Med. Woch. 1938, Nr 8, str. 169.

[4]) Landsberger: Paradentose und Lokalinfektion, Zahnärztliche Rundschau 1931, Nr 41.

[5]) Gutzeit Kurt i Kuechlin Walter — Münchener Medizinische Wochenschrift 1937, Nr 25.

[6]) Gutzeit Kurt i Küchlin Walter — Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift 1937, Nr 28.

i w 2—3 godzin po naświetleniu. Ze zwiększonego indeksu opadania wnioskujemy o większej czy mniejszej aktywności naświetlonego ogniska, wzgl. idąc po drodze uciążliwej metody bakteriologiczno - biologicznej możemy określić aktywność danego ogniska w sposób następujący.

Posiew z zęba czy też ogniska rozsiewamy na pożywki różnicujące nam poszczególne szczepy, a następnie owymi szczepami wyodrębnionymi dokonujemy próby odczynów śródskórnych. Ustrój, posiadający pewną odporność, a w każdym razie pewną wrażliwość w stosunku do własnych bakteryj chorobotwórczych, wykaże ją dodatnim odczynem śródskórnym i tym odróżnimy szczepy niechorobotwórcze od chorobotwórczych, nawet jeśli na pożywkach zachowywać się będą tak samo.

Trudno nie zastanowić się dlaczego u ludzi z nieco mniejszą odpornością tak często spotykamy ogniska szczytowe. Jaka jest rola nasza w tej całej sprawie? Musimy uświadomić sobie, iż praca nasza jest niejednokrotnie bardziej odpowiedzialną i stokroć precyzyjniejsza od pracy (prawie każdego) innego specjalisty.

W naszej specjalności zostają bakterie zamknięte w przewodzie korzeniowym wśród antyseptyków, które nie mogą być tak silne, aby doszczętnie zniszczyły bakterie, gdyż wtedy drażniłyby tkankę szczytową. Tu w przewodzie zębowym lub jego odgałęzieniach czekają spokojnie chwili, w której rozpuszczalne środki odkażające powoli się wypłuczą, aby wtedy rozwinąć swoją zgubną dla ustroju działalność w świetnej dla siebie temperaturze rozwojowej, bo w temperaturze ciała. Rozwijają się one w ciągu miesięcy czy lat w przewodzie korzeniowym, jak w dobrze nastawionym termostacie, aby wydostać się stąd w chwili zmniejszonej odporności ustroju przez szczyt zęba i tworzyć przerzuty bakteryjne oraz rozwijać zabójcze swoje działanie toksyczne, względnie alergiczne na całość ustroju, lub na jego pojedyńcze narządy czy ich części [7]). Efektem tego miejscowego działania drażniącego przy pewnej odporności ustroju, jest wytworzenie się tkanki ziarninowej o kwaśnym środowisku na szczycie zęba, względnie w okolicy ramifikacji. Jest to reakcja obronna organizmu, która niestety nie spełnia w zupełności swo-

---

7) Broderick F. W. The cause of chronic sepsis. The Dental Mag. and Oral. Topics 1936 — 915.

jego zadania, gdyż bakterie ziarniny można tak często spotkać w otoczeniu zęba w kości szczękowej, okostnej, względnie rozsiane po ustroju.

Jeślibyśmy przyjęli, że tylko jeden człowiek w ciągu całej naszej pracy zawodowej wyjdzie po to z naszej ordynacji, do której szedł z pełnym zaufaniem dla nas, aby potem całe lata chorować, a może i zginąć, to już warto, abyśmy się zastanowili i dokładnie przyjrzeli czynnościom naszym we własnym pokoju ordynacyjnym, aby mieć lekarskie sumienie w porządku. Tak więc skontrolujmy, gdzie mógł się wkraść błąd, jak i którędy dostały się bakterie do przewodu zębowego w naszej ordynacji. Zacznijmy od początku.

Jesteśmy w naszym gabinecie, pacjent wchodzi, możemy mu nawet rękę podać, sadzamy go na fotel i myjemy ręce. Myjemy ręce przez jedną pełną minutę. Nad umywalnią wisi zegar z sekundnikiem, wedle którego kontrolujemy ową minutę [8]). W użyciu jest oczywiście szczotka dwustronna, służąca z jednej strony do mycia powierzchni skóry, a z drugiej do mycia paznokci.

Jednominutowe mycie w ciepłej bieżącej wodzie nie pozbawi wprawdzie naszych rąk tych bakteryj, które są w porach skóry, a tylko usunie te, które były na powierzchni skóry. Oczywiście nie chodzi nam całkiem o zupełne odkażenie rąk, gdyż wtedy musielibyśmy myć ręce przez 10 minut, albo trzy minuty w sublimacie, niszczącym skórę, następnie musielibyśmy wetrzeć w ręce antyseptyczny puder, względnie ubrać rękawiczki niciane i nasycone parafiną antyseptyczną, lub w ogóle ubrać wyjałowione rękawiczki gumowe. Noszenie rękawiczek gumowych przy normalnej pracy całodziennej byłoby uciążliwym z powodu wilgnięcia skóry w rękawiczkach od potu i pozbawiałoby nas tego subtelnego czucia, które ułatwia nam pracę. Pudrowanie rąk po 10-minutowym myciu, nie doprowadziłoby do celu, gdyż ręce i tak wnet zakazimy w ustach pacjenta. Jednominutowe mycie szczotką ciepłą bieżącą wodą zapewni nam jedno, że nie przeniesiemy z pacjenta na pacjenta ani kiły, ani gruźlicy, ani grypy, ani żadnej z chorób [9]).

---

8) Cieszyński prof. dr. Zwiększenie wydajności pracy — Lwów, 1932, str. 66.

9) Gene Karol dr (Helmstadt): Die Sünde wider die Asepsis. Zahnärztl. Rudschau 1931, Nr 26.

Na półeczce obok umywalni czeka na nas stos ręczników, a raczej ręczniczków. Zdejmujemy z nich jeden, dla każdego pacjenta oddzielny, wycieramy nim ręce i wieszamy go obok. Ręcznik ten służyć nam będzie do ewentualnego dalszego mycia rąk przy tym samym pacjencie [10]). Płócienny worek napięty stojak na stojak metalowy posłuży do wrzucenia ręcznika zużytego. Koszt sprawienia takich ręczników jest rzeczywiście niewielki; ręczniki te nie muszą być prane mydłem, wystarczy jeśli zostaną wygotowane w mydle lub sodzie, a po wysuszeniu wyprasowane. Maglowanie samo nie wystarcza. Czynnikami adkażającymi, a niekiedy wyjaławiającymi są gotowanie w sodzie i prasowanie gorącym żelazkiem.

Z tak umytymi rękami podchodzimy do pacjenta, nie dotykając niczego, co nie byłoby przynajmniej dezynfekowane, a więc ani fotela, ani klamek przy szafach lekarskich, ani nakrywek z flaszek, a tylko przedmiotów, które są przygotowane i wyjałowione na naszym stoliku podręcznym. Stolik może być nakryty serwetą sterylizowaną, na której ułożone są instrumenty, wygotowane po poprzednim pacjencie przez 10 minut w dwuprocentowym roztworze wodnym sody lub dwuwęglanu sody. Instrumenty zostały oczywiście przed gotowaniem umyte dokładnie szczotką pod strumieniem bieżącej wody, aby na nich nie została żadna warstwa śluzu ani krwi, która uniemożliwiałaby działanie wrzącej wody na bakterie. Dokładne umycie szczotką pod bieżącym strumieniem wody wszelkich resztek śluzu, krwi, brudu, czy ewentualnie ziemi, jest bardzo ważne [11]). Każda warstwa, a nawet cząsteczka, chroniąca drobnoustroje, wpływa na zwiększenie trudności sterylizacji przez gotowanie. Bardzo ciekawe doświadczenia Soberheima i O. Mündla [12]) wykazały, że gotowanie 75-minutowe zabija zarodniki. Zarodniki zmieszane z jednym najdrobniejszym gatunkiem ziemi ginęły po 10 godzinnym gotowaniu, z innym gatunkiem o drobnych cząsteczkach ziemi po 8, a jeszcze z innym gatunkiem ziemi po 7 godzinnym.

---

10) Cieszyński prof. dr: Zwiększenie wydajności pracy. — Lwów 1932, str. 67.

11) Bartels Henry Journal of Dental Research Vol. XI. Nr 1.

12) G. Soberheim i O. Mündel: Z. f. Hygiene 1936 (328),

Również na ilość zarodników wpływa czas gotowania. I tak zarodniki w ilości około 50 tys. ginęły po 10-minutowym gotowaniu te same w ilości 200 tys. ginęły po 60 minutowym gotowaniu.

Dodanie do żywych zarodników martwych przedłuża także czas gotowania, tak jakby dodano żywe bakterie, które jedne drugie osłaniają.

Nie bez znaczenia jest ilość dodanej ziemi:

około 0.3 gr ziemi przydłużyło okres gotowania do 5 godzin, a około 1.5 gr ziemi przydłużyło okres gotowania do 9 godzin.

Wynika stąd konieczność częstej zmiany wody w sterylizatorze.

Intensywność wrzenia jest również ważna, im żywszy jest ruch wody wrzącej tem szybszy i lepszy jest skutek [13]).

10-minutowe gotowanie gładkich instrumentów nie wysterylizuje ich nam wprawdzie, gdyż do tego trzebaby 30 minut gotowania, jak wykazały doświadczenia prof. Ryszarda Plotza, (który po 15-minutowym gotowaniu znalazł jeszcze 19% instrumentów nie jałowych, w tym celu wykonał 500 doświadczeń). Ale nam nie jest potrzebna sterylność dużych instrumentów, którymi pracujemy wewnątrz ubytku. *Najważniejsze jest wysterylizowanie* pewne, zupełne i dokładne tych *instrumentów drobnych i wkładek, które wprowadzamy do przewodu zęba*, a więc rozszerzaczy, miazgociągów, szczurzych ogonków, igieł gładkich Millera nawiniętych watą i kulek z waty. *Ważnym jest, aby na stoliku naszym odgraniczyć dwie serie instrumentów:* jedna to te, któie uważamy za zanieczyszczone podczas pracy, to znaczy dotykamy nimi części wypełnień, które stykają się ze śliną, względnie mają bezpośredni kontakt z jamą ustną. Druga seria instrumentów leżących oddzielnie, to te, które mają nam służyć do kontaktu z wnętrzem ubytku i z jałowymi przyrządami doń wprowadzonymi. Tak np. pinseta brudna służy do wkładania wałków ligniny do jamy ustnej, pinsetą czystą wkładamy jałowe kulki do wnętrza ubytku. Pinsetę brudną nigdy nie wprowadza się do lekarstw, a służy do tego tylko pinseta czysta [14]). *Niewątpliwie najważniejszym* czynnikiem *w szerzeniu zakażenia*, w przenoszeniu bakteryj z jednego przewodu do dru-

---

[13]) B. Lange. Zeitschr. Hyg. 96 (1922).

[14]) Dr. med. dent. Wilhelm Balters: Aus der Praxis der konservierenden Zahnheilkunde. Berlin 1933.

giego i zakażaniu jałowych przewodów zębowych, wreszcie w reinfekowaniu wyleczonych przewodów korzeniowych, odgrywają przyrządy, służące do rozszerzania, oczyszczania i wypełniania przewodów korzeniowych, a więc rozszerzacze, miazgociągi, szczurze ogonki, gładkie igły, wiertło wypełniające „Lentulo" itp.

Niewątpliwie najpewniejszym sposobem wyjaławiania jest wyjałowianie parowe pod ciśnieniem, gdzie działa nasycona para wodna. W sterylizatorach tych przez gotowanie wprowadzamy parę na miejsce usuwanego przez parę pawietrza. Para nasycona jest znacznie bardziej bakteriobójcza niż mieszanina pary i powietrza. I tak zarodniki lasecznika karbunkołowego ginęły według Rubnera w 8% powietrzu w parze po upływie jednej minuty. W mieszaninie 20% powietrza po upływie 10 minut, gdy powietrze dochodziło do 37%, zarodniki nie ginęły ani po 30 minutach. Jak z tego widzimy autoklaw parowy na jeden do dwóch atmosfer pary nasyconej jest najpewniejszym sposobem sterylizacji. Ale nie każdego z nas stać na taki sterylizator, ani nie znalazłoby się w mieszkaniu miejsca na postawienie tego aparatu. Sterylizowanie w aparatach z roztopionym metalem, piaskiem kwarcowym albo kulkami metalowymi jest w wysokim stopniu niepewne. To samo odnosi się do sterylizacji w parach formaliny, która poza tym, że jest długotrwała, gdyż wymaga według Ralfa Klara [15]) 48-godzinnego działania pary formaliny, jest niepewna, bo zależy od temperatury i wilgotności otoczenia. I tak szklanka do sterylizacji w parach formaliny postawiona w zimie na oknie, gdzie spływającego z okna prąd zimnego powietrza utrzymuje ją w temperaturze kilku stopni, nie wyjałowi nam instrumentarium, gdyż parowanie formaliny będzie nieznaczne. Ciekawa praca Klara na temat sterylizatorów formalinowych udowodniła, że pastylki formalinowe firmy Kahlbaum w temperaturze pokojowej i w normalnej wilgotności nie powodują sterylizacji ani po 48 godzinach. Użycie zaś pary wodnej i formaliny w temperaturze 20 stopni spowodowało wyjałowienie już po 4 godzinach, lecz równocześnie para wodna powodowała rdzewienie instrumentarium już po 2 godzinach, tj. w połowie czasu potrzebnego do wysterylizowania. To też Klar nie apro-

---

[15]) Ralf Klar: Versuche über Bruchbarkeit von Formaldehyd zur Trockensterylisation zahnärztlicher Instrumente 1933.

buje metody szklanki z parami formaliny i wody. Sterylizatory formalinowe próżniowe[16]), których zasadą było stworzenie próżni, w której woda wrzała by przy 50°, a pary wody i pary formaliny niszczyły by drobnoustroje. Są to sterylizatory zbudowane na zasadzie pomysłu Rübnera, które nadają się do sterylizowania skóry i gumy, nie wytrzymującej temperatury autoklawu i w autoklawach ulegające niszczeniu. Metoda jest kosztowna i potrzebuje dużego zapasu formaliny.

Na skutek wad i niedogodności opisanych metod w poszukiwaniu czegoś lepszego, wypuszczono na rynek cały szereg sterylizatorów, różnych w różnych krajach. Są to s t e r y l i z a t o r y p r a c u j ą c e s u c h y m c i e p ł y m p o w i e t r z e m, a podgrzewane albo gazem albo prądem elektrycznym do temperatury, którą wskazuje termometr umieszczony na górze sterylizatora, wysunięty na zewnątrz. Tu musimy uzmysłowić sobie, jakie warunki wpływają na zabijanie bakteryj w suchym cieple. Kummer [17]) w swoim wyczerpującym artykule „Czy zbliżyliśmy się do wyjaśnienia możności sterylizacji suchej środków opatrunkowych w r. 1936" nakreśla zasadniczą różnicę między sterylizacją parową, tj. środkiem przewodzącym dobrze ciepło a sterylizacją suchą, tj. s t e r y l i z a c j ą p o w i e t r z e m, które jest z ł y m p r z e w o d n i k i e m c i e p ł a. Ciepło pary jest środkiem niszczącym bakterie i działa w tym wypadku na nie w stanie pewnego rozpulchnienia czy napęcznienia wilgocią. W suchym cieple musi strumień powietrza dostać się pomiędzy zagłębeinia przyrządów metalowych wgłąb, tamponów i warstw waty. Skoro uzmysłowimy sobie, że sterylizacja jest uwarunkowana dwoma czynnikami, t. j. temperaturą i czasem działania, to zrozumiemy, jak bardzo trudnym jest problem sterylizacji suchej, gdy j e d y n y m sposobem przenoszenia ciepła jest ruch nagrzanego powietrza, które jest złym przewodnikiem ciepła.

Dla uzmysłowienia tych trudności pozwolę sobie przedstawić przykład z życia codziennego. Proszę sobie wyobrazić człowieka leżącego w łóżku i przykrytego kołdrą. Temperatura w otoczeniu ciała wynosić będzie około 30°, temperatura chłodnej sypialni kilkanaście stopni. Cieńka

---

[18]) R. Hanne. Das Formalin Vakuum-Desinfektionsverfahren. Z. f. Hygiene 1936 (str. 307).

[17]) Kummer R. Dr. Sind wir dem Ziele der Klärung der Verbandstoffsterilisation im Jahre 1936 näher gekommen? Pharmazeutische Zeitung. Nr 22 — 1937 (str. 301).

warstwa kołdry jest w stanie utrzymać różnicę obu temperatur. Jeślibyśmy część tej kołdry zwinęli i wsadzili do puszki sterylizacyjnej, to nie byłoby wielkiej różnicy pomiędzy zdolnością izolacyjną kołdry a puszki napełnionej tamponami. Stąd olbrzymia różnica temperatur, którą mierzyć możemy przy sterylizacji suchej pomiędzy ciepłotą powietrza w sterylizatorze a wnętrzem puszki.

Hanne [18]) z Higienicznego Instytutu w Hamburgu znalazł różnicę temperatur dochodzącą w suchych sterylizatorach do 45°. Stwierdził on, że w sterylizatorach suchych powstają warstwy o wielkiej różnicy temperatur; i tak u sufitu sterylizatora panowała temperatura 182°, w środku 160°, a na dole 201°. Mierząc zaś temperaturę wewnątrz w puszkach znalazł różnicę temperatur, dochodzącą do 50° pomiędzy powietrzem w sterylizatorze a puszką. Dalej, badając sterylizatory suche znalazł, że temperatura wewnątrz puszek zależy od ich wyładowania. Ażeby nie wygłaszać gołosłownych twierdzeń przytoczę cyfry Hannego dotyczące sterylizacji suchej. Z 17-tu sterylizatorów żaden nie zabijał zarodnika. Wyjaławianie zaś zależało od wysokości przedmiotu mającego być wyjałowionym w sterylizatorze; i tak warstwy jedne były jałowe, warstwy inne nie. Na 99 strzykawek 18-tu zakładów 50 było niesterylnych, stąd też w artykule swoim stawia Hanne tę kwestię bardzo ostro. Na pytanie czy sterylizatory suche nadają się w obecnej formie do sterylizacji dochodzi do smutnego wniosku, że dzisiejszy sposób przeprowadzania sterylizacji przy pomocy ogrzanego powietrza nie nadaje się do wyjałania i konstrukcja sterylizatorów wymaga zasadniczej zmiany. Z tym postulatem zwraca się do niemieckich inżynierów.

Do podobnych wniosków dochodzi również Kummer i Gerlach, którego artykuł jest wołaniem do konstruktorów o pomoc, celem znalezienia sterylizatora, który by w sposób pewny mógł wyjaławiać materiał przeznaczony do sterylizacji.

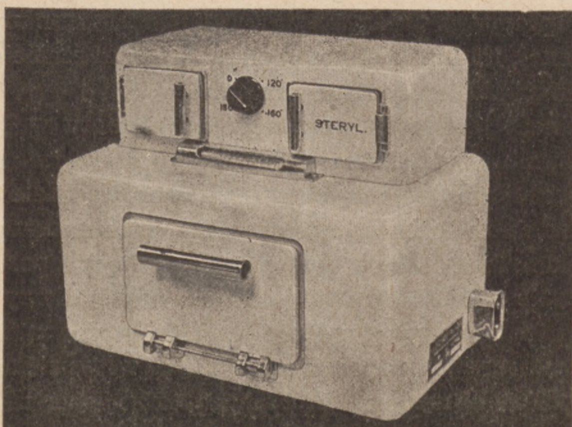
Na czym właściwie polega cała trudność zagadnienia? Oto czas sterylizacji dla danej temperatury ograniczny jest przez węglenie się waty. I tak w temperaturze 180° wata kruszeje i węgli się w przeciągu 10—12 minut; to też jeśli wprowadzimy do sterylizatora puszkę i ogrzewać ją będziemy przez 8 minut, to po

---

[18]) Hanne R. Dr. „Hat die Heissluftsterilisation heute noch Bedeutung?' Pharmazeutische Zeitung, 1937 Nr 1, str. 2.

[19]) Heinrich Prof. Dr. „Desinfektion durch Dampf oder Luftdampfgemisch". Zeitschr. f. das gesamte Krankenhauswesen 1936, T. 4., str. 76.

jej wyjęciu okaże się, że zewnętrzne warstwy na głębokość kilku milimetrów będą jałowe, zaś dalsza cała zawartość puszki będzie skażona jak przed włożeniem. Jest to wynikiem nieprzepuszczania ciepłego powietrza przez watę w głąb puszki. Gdyby odczekać teraz aż temperatura 180⁰ przeniknie do wnętrza puszki, musielibyśmy zużyć od 1—2, względnie 4 godzin, w zależności od wielkości puszki. W tych warunkach cała puszka byłaby sterylna, z tym jednak, że temperatura 180⁰ działałaby na warstwy zewnętrzne zbyt długo i z tego powodu warstwy te, które wytrzymują najwyżej 10-minutowe działanie tej temperatury, byłyby zupełnie zwęglone. Tak więc widzimy, że suche sterylizatory nie zdały egzaminu ze sterylizowania pośpiesznego i nadal musimy sterylizować wedle zasad klasycznej bakteriologii, która każe puszki sterylizacyjne sterylizować przy 150⁰ przez 4—6 godzin, zaś przy 120⁰ 10—12 godzin. Tego rodzaju sterylizacja bardzo powolna zupełnie nie nadaje się do wyjaławiania tych drobnych narzędzi metalowych, które służyć nam mają do leczenia przewodu zębowego.



Dwuletnia moja praca nad sterylizatorami, negatywne wyniki bakteriologiczne sterylizatorów dawnych typów, sceptyczne i negatywne głosy prasy, przyczyniły się do poszukiwania, którego efektem było stworzenie przy współpracy inż. Romera i jego fabryki nowego modelu sterylizatora „Sterodontu" o zupełnie nowym ujęciu problemu.

Zasadą jego jest *zupełne zrezygnowanie z ciepła krążącego* powietrza i *przejścia* wyłącznie *na ener-*

gię cieplną bezpośredniego promieniowania wielkiego zbiornika ciepła o stałej temperaturze. Efekt tej zasadniczej zmiany jest bardzo wyraźny, a zaznacza się w szybkości udzielanego ciepła instrumentów przeznaczonych do sterylizacji.

Proste doświadczenie przekonuje nas o tym. Oto termometr włożony do jakiegokolwiek suchego sterylizatora wykaże spadek temperatury o kilkadzisiąt stopni skoro otworzymy drzwi sterylizatora na jedną minutę, gdyż ciepłe nagrzane powietrze ujdzie z sterylizatora, a powietrze chłodne oziębi wnętrze przestrzeni do sterylizowania. Ta sama próba wykonana w sterodoncie wypada całkiem inaczej. Oto mimo otwartych drzwi nie na jedną minutę, ale na stale, wykazuje termometr włożony do przestrzeni przeznaczonych do sterylizacji, temperaturę tą, na którą sterylizator jest nastawiony i o jakimkolwiek ochłodzeniu, któreby się dało praktycznie zauważyć, nie ma mowy.

Dzięki zupełnemu zrezygnowaniu z ciepła krążącego powietrza, tego tak niepewnego czynnika w dotychczasowych sterylizatorach, a stworzeniu bloku metalowego, który utrzymuje jednakową temperaturę przy precyzyjnej regulacji i wielkiej stosunkowo bezwładności termicznej, można w sterodoncie w krótkim czasie ogrzać wprodzony przedmiot do temperatury żądanej.

Bezwładność termiczna włożonego przedmiotu wzgl. jego zapas zimna w stosunku do nagrzanej masy sterylizatora jest zupełnie obojętna, w odróżnieniu od innych sterylizatorów, gdzie temperatura wyraźnie opada po włożeniu instrumentów, przeznaczonych do sterylizacji. Przekonaliśmy się o tym w następujący sposób. Naczynia przeznaczone do sterylizacji w sterodoncie napełniliśmy wodą wodociągową (300 cm^3) po czym wstawiliśmy do sterodontu. Termometr wskazujący temperaturę pozostał nadal mimo włożenia naczyń z wodą na temperaturze poprzedniej. W sterylizatorze suchym temperatura opadła o 46^0 i na tym poziomie utrzymywała się przez dłuższy czas.

O zilustrowaniu zapasowej energii cieplnej sterylizatora i zdolności oddania jej instrumentom przeznaczonym do sterylizacji przekonało nas następujące doświadczenie. Zakładając, że dla podgrzania stałej ilości wody z pewnej temperatury do wrzenia potrzebna jest zawsza ta sama ilość ciepła, skonstruowaliśmy naczynie blaszane, mieszczące 250 cm^3 wody, które napełniliśmy i włożyli do dużej przegrody sterodontu ustawionego na temperaturę 180^0. Z chwilą dojścia do punktu wrzenia zanotowa-

liśmy czas jakoteż siłę wrzenia, aby z tego wywnioskować przez porównanie tego doświadczenia w innych sterylizatorach, jaką zdolność oddawania ciepła posiada dany sterylizator. Jest rzeczą zrozumiałą, że jeśli mamy sterylizować w temperaturze 180° to chcemy wiedzieć, kiedy przedmiot umieszczony w danym sterylizatorze ową temperaturę uzyska, wzgl. czy ją w ogóle uzyska. Doświadczenie na czas gotowania z puszką sterylizacyjną, napełnioną wodą, wypadło niebywale frapująco i na jego podstawie zrozumiałem niepowodzenia w sterylizacji w sterylizatorach suchych, pracujących ogrzanym powietrzem. Wyniki badań w uzyskaniu wrzenia w poszczególnych sterylizatorach uwidocznione są na niżej umieszczonej tablicy.

Typ Sterylizatora	Temperatura na termometrze sterylizatora	Ilość płynu wstawionego w cm³	Temperatura wyjściowa płynu w stop. C	Czas do zagotowania w minutach	Intensywność wrzenia
Sterodont	**180**	250	12	**10**	b. intensywna poczem wybuch
Sterodont	**160**	250	12	**12**	bardzo intensywna
Sterylizator Dr. Hochwart Karlsruche	**180**	250	12	**240**	b. leniwa
Sterodont	**180**	**15**	12	**2**	bardzo intensywna
Sterylizator Dr. Hochwart Karlsruche	**180**	**15**	12	**20**	ledwie odklejanie się baniek

W Sterodoncie nastawionym na 180° czas do zagotowania trwa 10 minut, a woda wrzała z taką intenzywnością, że kilka kropel wyprysło poza ściany naczynia poczym nastąpił jakby wybuch, który naczynie z wrzątkiem wyrzucił na środek laboratorium. W sterylizatorze pracującym przy pomocy suchego powietrza czas nagrzania tego samego naczynia wynosił 4 godziny, przyczym woda wrzała bardzo leniwie. Stąd stosunek czasu na-

grzania równa się 1:24. Czas nagrzania najmniejszego naczynia sterodontu napełnionego wodą wstawionego do sterylizatora o 180⁰ przedstawia się:

W Sterodoncie woda zawrzała po 2 minutach, w sterylizatorze innym po 20 minutach, przy czym wrzenie w Sterodoncie było bardzo intenzywne, zaś w sterylizatorze drugim odklejaniem się pojedynczych banieczek. Stosunek czasu przedstawia się tutaj jak 1:10.

Dzięki tym właściwościom, o których jeszcze gdzieindziej szerzej napiszę, posiada sterylizator Sterodont wszystkie dane do szybkiej i jedynie pewnej sterylizacji drobnych instrumentów lekarskich, igieł do znieczulenia, sączków z waty, waty drzewnej, tamponów itp. Sterylizacja tych właśnie instrumentów wydaje mi się najważniejszym zadaniem z prac wyjaławiających w stomatologii, gdyż najgroźniejszym dla pacjenta jest wprowadzenie bakteryj chorobotwórczych do przewodu zęba.

Ważnym jest również sposób przechowywania miazgociągów i millerówek, już wysterylizowanych. Dotychczasowe przechowywanie ich w alkoholu 97% wzgl. 45% jest bezcelowe, gdyż alkohol, jak wiemy, zawiera bakterie i zupełnie nie uszkadza ich zdolności rozwojowych i że wydobyte z alkoholu rozwijają się drobnoustroje po jednym do dwóch dni świetnie. Alkohol wstrzymuje jedynie możność rozwoju bakterii na czas gdy w nim zanurzone.

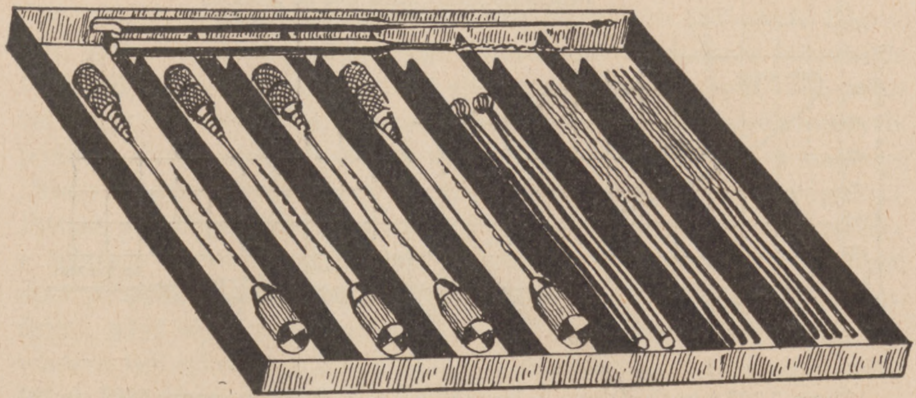
Wynikiem tego spostrzeżenia było, iż w Niemczech w roku 1934 wyszło rozporządzenie dla aptekarzy [20]), które obowiązuje aptekarzy do filtrowania alkoholu przez sączki bakteryjne celem wyjałowienia go.

Konieczność stosowania jak najdalej idących zasad aseptyki w stomatologii skłoniła nas do stworzenia puszek do sterylizacji takich, jakimi posługuje się każdy chirurg przy zabiegach aseptycznych, tylko że puszki zastosowane do potrzeb stomatologicznych są odpowiednio mniejsze. Puszki sterylizacyjne zostały przyjęte zarówno przez sfery naukowe jak i lekarzy praktyków jako znaczny postęp w dziedzinie aseptyki dentystycznej. Nie tylko możność przechowywania eseptycznego materiału w stanie jałowym przez kilka dni, nie tylko niebywała łatwość sterylizacji, ale i to, że dla każdego pacjenta, a nawet zęba można mieć oddzielną puszeczkę z wysteryli-

---

[20]) Konrich prof. dr. Apothekerzeitung 1934, Nr. 39.

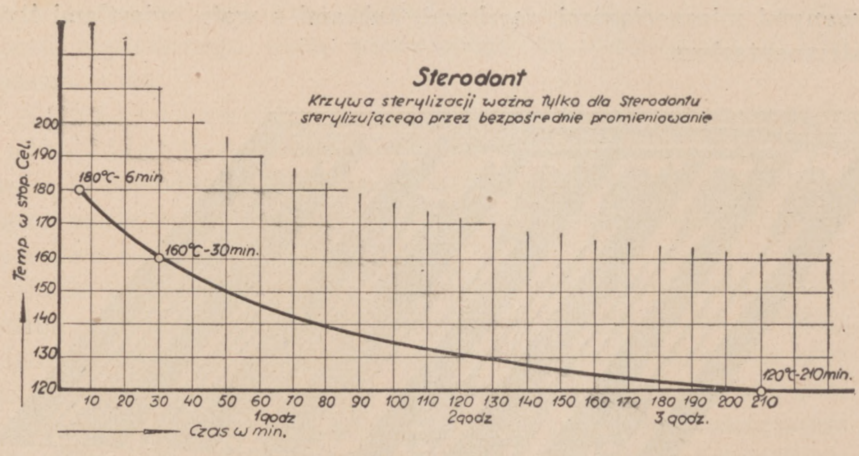
zowanymi miazgociągami, sączkami, kulkami z waty, wiertłami itp. instrumentarium.



Dają one nam zupełną pewność jałowej pracy w ustach pacjenta, a tym samym najkrótszą drogę do dobrego wyniku. W klasycznym przykładzie pracy powinny puszki sterylizacyjne być tak wypełniane, aby raz otwarta puszka służyła dla jednego pacjenta i tak dla leczenia zęba po arszeniku, czy też zmianie wkładki przy zgorzeli, wystarczy nawet przy zębie trzy-korzeniowym 6 wkładek do przemycia i 3 do pozostawienia i niewielka ilość kulek w małych przegródkach z przodu.



W razie zaistnienia konieczności zużycia większej ilości igieł Millera nawiniętych do przemycia, możemy je mieć w oddzielnej puszce bez przegródek. Czas potrzebny do sterylizowania małych puszek uzyskaliśmy na podstawie badań bakteriologicznych, zakażając materiał badany różnymi odmianami łańcuszkowca i gronkowca, mikrokoków, laseczka okrężnicy, Banga, proteus vulgaris i na zarodnikach bacillus subtilis. Wyniki tych badań uwidocznione są na krzywej.



Przy 180⁰ uzyskaliśmy jałowość po 6 minutach, przy 160⁰ po 30 minutach, przy 120⁰ po $3^1/_2$ godzinach. Sterylizację przeprowadzaliśmy w sposób następujący. Gdy sterodont osiągnął żądaną temperaturę, wprowadzaliśmy naczyńka, zawierające skażony materiał do sterylizatora i pozostawialiśmy tam przez czas potrzebny do sterylizacji w zależności od wysokości temperatury, po czym puszki zostały wyjęte a ich zawartość rozsiewana na pożywki.

Nie sposób pominąć milczeniem bardzo ciekawą broszurę, wydaną przez firmę Anteos pt. „Vorsicht beim Sterilisieren". Autor jej zwraca uwagę na niebezpieczeństwo, jakie powstało dla instrumentów z wprowadzeniem sterylizatorów suchych. Oto instrumenty wyjęte ze sterylizacji ochładzają się na wolnym powietrzu przy dostępie chłodnego powietrza i z tego powodu niszczeją. Zabójczym bowiem dla instrumentów, sporządzonych z wysoko sprawnych stali jest szybkie oziębianie ich, a zupełnym już niszczeniem ich jest stosowanie sterylizatorów, które dla szybkiego ochładzania, wzgl. należytego mieszania powietrza, posiadają wiatraczki. Ten typ sterylizatorów nie nadaje się w ogóle do sterylizacji narzędzi metalowych mimo wysokiej ceny i pięknego wyglądu. Wyjaławianie drobnych instrumentów i ich oczyszczanie powinno być następujące:

Po użyciu opłukuje się narzędzia pod wodą i wrzuca do roztworu 200 gr sody na litr wody na 12 godzin. Następnie przenosi się na krótki czas do alkoholu celem ich odtłuszczenia, gdyż w roztworze sody zostały wszystkie części organiczne poza tłuszczami rozpuszczone. Następnie wyjmujemy je i układamy na warstwie ligniny

w puszce sterylizacyjnej po czym przykrywamy drugą warstwą ligniny i możemy sterylizować według przepisów obowiązujących dla sterodontu. Ważnym jest jedynie, aby ostyganie odbywało się wolno, dla szczurzych ogonków ostyganie winno trwać ze 180⁰ około 20 minut. Szczurze ogonki podgrzewać można wedle zapodania fabryki do 200⁰, jedynie studzenie odbywać się musi wolno i w tym celu, jakoteż dla przechowywania instrumentów drobnych, wysterylizowanych, posiada sterylizator sterodont schowek z przegródkami z napisem „Steryl", gdzie wstawiamy świeżo ze sterylizatora wyjęte puszki. Puszki sterylizacyjne, zawierające igły Millera, watę itp. można z miejsca używać, zaś drobne instrumenty z wysoko - sprawnych stali powinne w schowku „Steryl" chłodzić się przez około pół godziny, gdyż wyjęcie instrumentu o 170⁰ i oziębienie szybkie na powietrzu jest szkodliwe. Przeciąganie instrumentów w tym typie przez ogień, jest dla nich zabójcze.

Oczyszczenie miazgociągów, szczyrzych ogonków przeciąganiem przez gumę (Kofferdam) jest barbarzyństwem w stosunku do instrumentów. Ostrze miazgociągu jest podobne do ostrza brzytwy, a wiemy co dzieje się z brzytwą, przeciągniętą przez gumę. Również ze względów mechanicznych niewłaściwym jest czyszczenie drobnych instrumentów szczotką drucianą. Spróbujmy ostrym nożem przeciąć plecionkę elektryczną i przekonajmy się później o ostrości noża, a cóż innego robimy z miazgociągami kiedy przez delikatne ostrza przeciągamy drucianą szczotką tam i z powrotem.

Jeśli chodzi o wybór temperatury sterylizacyjnej to wedle dotychczasowych doświadczeń przy 200—180⁰ można sterylizować watą w drobnych kulkach igły Millera, rozszerzacze, szczurze ogonki itp. Tampony duże wyjaławia się w 160⁰ przez pół godziny. Temperatura 120⁰ służy dla instrumentów nieznoszących wyższej temperatury. Dalsze badania nad ulepszeniem sterodontu przez skrócenie czasu sterylizacji z 6 minut do 2 są w toku. Nie mniej sądzę, że możność pewnego wyjaławiania drobnych narzędzi w przeciągu 6 minut, a następnie przechowywanie bez obawy zakażenia w puszkach sterylizacyjnych stanowi postęp i zmniejszy ilość powikłań przy leczeniu przewodów zębowych.

Streszczenie.

Zakażenie przewodów zębowych przez używanie niejałowych narzędzi stwarza warunki dla niekorzystnych wyników leczenia, a stąd sprzyja powstawaniu infekcji ogniskowej w organiźmie.

Sterylizacja drobnych narzędzi, a dezynfekcja dużych jest konieczna w leczeniu przewodów zębowych. Narzędzie większe możemy odkażać przez 10 minutowe gotowanie po uprzednim dokładnym oczyszczeniu szczoteczką.

Najważniejsza jest jednak jałowość instrumentów drobnych i wkładek, które wprowadzamy do przewodu zębowego. Sterylizowanie ich w przyrządach z gorącym metalem, w parze formaliny jest nie pewne. Podobnie i sterylizatory, wyjaławiające przy pomocy ogrzanego powietrza, jak wykazały badania Hann'ego, nie rozwiązały kwestii sterylizacji.

Odmienne warunki przedstawiają się w sterylizatorze Sterodont, który wyjaławia, w odróżnieniu od suchych styrylizatorów przy pomocy bezpośredniego ciepła promieniowania.

Czas potrzebny do wyjałowienia jest bardzo krótki i wynosi:

przy 200° — 2 minuty
przy 180° — 6 minut
przy 160° — 30 minut

Szybkość wyjaławiania wynika ze specjalnej konstrukcji Sterodontu, zapewniającej 24 krotnie większą sprawność od innych sterylizatorów. Sterodont nie wykazuje spadku temperatury przy otwarciu przestrzeni sterylizacyjnej, lub po wprowadzeniu narzędzi. Dzieje się to dzięki wielkiemu zapasowi ciepła. Promieniowanie ciepła o wybranej temperaturze podgrzewa bezpośrednio i nieustannie włożone narzędzia i wyjaławia skutecznie. Ponieważ szybkie ostyganie szkodzi instrumentom stalowym, przeto posiada Sterodont specjalny schowek do przechowywania wyjałowionych puszek, co zapewnia powolne ostyganie instrumentów stomatologicznych.

Bardzo praktyczną i cenną nowością są puszki do wyjaławiania, odpowiednie do celów stomatologicznych, służące równocześnie do przechowywania materiału potrzebnego do leczenia przewodów zębowych. Puszki Sterodontu są zbudowane w trzech wymiarach: najmniejsze służą do przechowywania igieł Millera i kulek waty, większe dla rozszerzaczy i wierteł długich, zaś największe do sterylizacji tamponów, nasad prostnicy i kątnicy.

Dr T. Owiński (Lwów): La stérilisation et ses erreurs dans la stomatologie. (Resumé).

L'infection des canaux dentaires par l'emploi d'instruments non stérilisés, peut être suivie en conséquence de résultats désavantageux du traitement et introduit souvent une résorption radiculaire (rhizalyse) dans l'organisme.

Il est absolument nécessaire de stérilisier les petits instruments et desinfecter les grands pour le traitement des canaux dentaires. La désinfection d'instruments de plus grande dimension est plus simple. Après les avoir nettoyé á la brosse il suffit de les faire bouillir pendant 10 minutes. Mais la question de premier ordre est la stérilisation de petits instruments et de tampons, que nous introduisons dans les canaux dentaires. La stérilisation de ces derniers dans les appareils de métal fondu, ou dans les vapeurs formiques est douteuse. Les stérilisateurs qui stérilisent les instruments dans l'air surchauffé, d'après les dernières recherches de Hann, ne résoudent point la question de la stérilisation. La chose se présente autrement lorsqu'il est question du stérilisateur Stérodont qui diffère des stérilisateurs secs, en stérilisant par le rayonnement direct de la chaleur.

Le temps nécessaire à la stérilisation est de fort courte durée:

à la temp. de 200⁰ — 2 minutes
à la temp. de 180⁰ — 6 minutes
à la temp. de 160⁰ — 30 minutes

La vitesse de la stérilisation résulte de la construction spéciale du Stérodont dont le rendement est de 24 fois plus grand que celui des autres stérilisateurs. La température du Stérodont ne baisse point, lorsqu'on l'ouvre et y introduit les instruments. Celà provient d'une grande accumulation de chaleur. Le rayonnement de la chaleur, à une température voulue, chauffe directement et sans interruption les instruments qui doivent être stérilisés d'une manière efficace. Comme le refroidissement hâtif est nuisible aux instruments, le stérilisateur Stérodont a une cache spéciale pour consigner les instruments stomatologiques déjà stérilisés, qui leur permet de se refroidir lentement. Ce stérilisateur a en surplus une nouveauté fort apréciable et pratique. Ce sont des boîtes spéciales pour la stérilisation d'instruments stomatologiques et leur consignation. Elles sont de trois dimensions différentes. Les plus petites servent à recéler les aiguilles de Muller et les petites boulettes de ouate. Les moyennes contiennent les écarteurs et les forets longs. Les plus grandes servent à la stérilisation de montures d'extenseurs et d'angles.

Dr T. Owiński (Lwów): Über Sterilization und seine Fehler in der Stomatologie. (Zusammenfassung).

Infektion der Zahnkanäle bei Benützung nicht sterilisirter Instrumente gibt Gelegenheit zu ungüstigen Heilerfolgen und begünstigt so das Entstehen von Herdinfektionen im Organismus.

Die Sterilisation kleiner Instrumente und Desinfektion grosser ist notwendig bei Behandlung der Wurzelkanäle. Grössere Instrumente können wir desinfizieren durch Kochen während zehn Minuten bei vorheringem genauem Reinigen mittelst Bürste.

Das Wichtigste ist jedoch das Sterilisieren kleiner Instrumente und Einlagen, die wir in den Wurzelkanal einführen.

Das Sterilisieren in Apparaten aus heissem Metal, in Formalindämpfen ist nicht sicher. Aehnlich haben auch Sterilisatoren durch erwärmte Luft die Frage der Sterilisation nicht gelöst, wie das die Uutersuchungen Hannes beweisen.

Anders stellt sich die Sache beim Sterilisator Sterodont, dessen Wirkung zum Unterschiede von den trockenen Sterilisatoren auf unmittelbarer Wärmestralung beruht.

Die Zeit der Sterilisation ist sehr kurz und beträgt:

bei 200⁰ — 2 Minuten
bei 180⁰ — 6 Minuten
bei 160⁰ — 30 Minuten

Die Schnelligkeit der Sterilisation ist die Folge der speziellen Konstruktion des Sterodont, die einen 24 mal grösseren Efekt gegen andere Apparate bietet.

Der Sterodont aparat hat den wervollen vorteil, dass infoge seiner Grossen Wärmeanhäfung weder beim öfnen der Sterylizirungskammer noch während des Einführens der Instrumente keine Temperatursekund wahrgenomenn wird.

Beim Sterodont zeigt sich nicht beim Öffnen der Sterilisationskammer Temperatursenkung, oder beim Einführen der Instrumente. Es geschieht in Folge der grossen Wämeanhäufung.

Die Wärme bei bestimmter Temperatur erwärmt unmittelbar und ununterbrochen die zum Sterilisieren eingelegten Instrumente. Da die schnelle Abkühlung den Instrumente schadet, besizt Sterodont einen speziellen Behälter zum Einlagern der sterilisierten Schachtel, das eine langsame Abkühlung der Zahninstrumente bewirkt.

Eine sehr praktische und wertvolle Neuheit sind Sterilisierschachteln für stomatologische Zwecke, die zugleich zum Aufbewahren des nötigen Materials zu Sterilisierschachteln sind in drei Grössen vorhanden: die kleinsten dienen zum Aufbewahren von Müller'schen Nadeln und Wattabäuschchen, die grösseren für Kanalerweiterer und lange Bchrer, die grössten zum Sterilisieren von Tampons, und der Aufsätze von Hand- und Winckelstücken.

LWOWSKI WYDZIAŁ LEKARSKI.

Przyjęci na studia w r. 1938/39.

według wyznania	Mężczyzn	Kobiet	Razem
rzym. kat.	105	17	122
greko-katol.	8	10	18
ewangelików	2	1	3
mojż. wyzn.	1	1	3
Zgłoszeń było:	260	115	375
Przyjęto:	**116**	**30**	**146**

Lwow. Studium farmaceutyczne 1938/39.

	Mężczyzn	Kobiet	Razem
Zgłoszeń	20	96	116
Przyjęto	**11**	**56**	**67**
rzymsko katol.	8	50	58
greko katol.	2	5	7
ewangiel.	1	1	2
mojż. wyzn.	—	—	—

C. — Lwów.

WARSZAWSKA AKADEMIA STOMATOL. 1938/39.

Przyjęto	Mężczyzn	Kobiet	Razem
według wyznania:	32	91	123
Chrześcijan	26	87	113
Żydów	6	4	10
Według narodowości:			
Obcokrajowców			113
Bułgarów	3	1	4
Litwinów	—	2	2
Narodowości mieszanej	—	—	4

Z. — Warszawa.

ZAPYTANIA I ODPOWIEDZI.

Liczne listy Kolegów, wyrażające radość z powodu otwarcia działu pytań i odpowiedzi, upewniły nas jak dalece aktualny jest ten dział, gdzie będą mogli wypowiedzieć się, radząc sobie nawzajem i dzieląc się zapatrywaniami. Pytania należy nadsyłać na adres redaktora tego działu dra Tadeusza Owińskiego, Lwów, Bielowskiego 3. W razie nadesłania zdjęć roentgenowskich, które miałyby być reprodukowane, należy przekazać zł 6.— na pokrycie kosztów klisz.

Pytanie 1. *Proszę o podanie recepty na lek, który umożliwia bezbolesne rozwiercanie ubytków bardzo wrażliwych.*

Odpowiedź na pytanie 1. Recepta na lek, umożliwiający niekiedy bezbolesne rozwiercanie ubytków:

Hartmann

Rp.	Aetheris sulf.	2.00
	Alcoholi abs.	1.00
	Thymoli	1.25
	D. in vitro nigro.	
	S. S. N.	

Kuder

Rp.	Alcoholi benzyl.	5.00
	Chloroformii	3.00
	Alcoholi abs.	2.00
	M. D. S. S. N.	

Hyll

Rp.	Aetheris sulf.	2.00
	Alcoholi abs.	1.00
	Acetoni	1.00
	M. D. S. S. N.	

Rp.	Aconitini	
	Alcoholi abs.	aa 1.00
	Glicerini	gtt. Nr X.
	M. D. S. S. N.	

T. O.

Pytanie 2. *U pacjentki ciężko chorej na serce, u której consilium internistów wykluczyło możność stosowania nowokainy wzgl. narkozy, usunąłem bez znieczulenia ząb 3+. Pozostała cysta wielkości orzecha laskowego, której nie udało się usunąć przez zębodół. Zapytuję czy można zoperować cystę nie znieczulając wzgl. bez narkozy. Po drugie, czy pacjentce powinno się powiedzieć, że cysta została, czy jej tym nie niepokoić.*

Odpowiedź na pytanie 2. Nowokaina, stosowana w ilościach do znieczuleń niema żadnego wpływu na serce, prawdopodobnie chodziło tu o dodatek adrenaliny, która może być zastąpiona przez corbasil. O ile stan pacjentki jest poważny należy wstrzymać się z operacją i zależnie od objawów stosować leczenie konserwatywne. O stanie należy poinformować rodzinę.

J. M.

Pytanie 3. *Jak się powinno mówić i pisać „jontoforeza" czy „jonoforeza", bo w literaturze spotyka się obie nazwy.*

Odpowiedź na pytanie 3. Nazwa „jonoforeza" ma prawo starszeństwa. Bardziej uzasadniona jest nazwa „jonoforeza", jako że niema jontów tylko są jony.

T. O.

Pytanie 4. *Gdzie i kiedy nauczyć się można leczenia jonoforezą*

Odpowiedź na pytanie 4. Nauczanie w leczeniu jonoforezą przeprowadzone mogą być przez asystentów Kliniki Stomatologicznej, zależnie od ilości zgłoszeń. Minimum zgłoszeń osób 5. Pierwszy kurs odbędzie się od 12. XII. 1938.

Pytanie 5. *Jaką dostawkę sporządzić w górnej szczęce, gdy pozostały następujące zęby:*

2+ 1+1 +5 +7

W dolnej szczęce powierzchnia kompletna żująca.

Odpowiedź na pytanie 5. Konstrukcja dostawki zależy od podłoża. Prosimy podać jaka jest błona śluzowa, czy atroficzna, czy normalna, czy hypertroficzna, czy może gąbczasta. *T. O.*

Pytanie 6. *Co zrobić z płytkimi, szerokimi ubytkami szyjkowymi górnych siekaczy na powierzchni wargowej, które były kiedyś lapisowane, potem oczyszczone, od roku pogłębiają się i są bolesne. Lapisowanie niemożliwe ze względów kosmetycznych.*

Odpowiedź na pytanie 6. Celem zmniejszenia wrażliwości powierzchownych otarć szyjkowych stosować pendzlowanie kilkakrotne.

Rp. kali carbonici 1
glicerini 4

Poza tym usunąć wodę utlenioną, gdyż wziększa wrażliwość ubytków szyjkowych jeśli jest używana jako dodatek do wody do płukania ust, ewentualnie usunąć za twardą szczotkę do zębów, albo gruboziarnistą lub chemicznie szkodliwą pastę do zębów. Dowiedzieć się czy nie ma dekalcyfikacji ogólnej ustroju wzgl. czy nie są zażywane lekarstwa, uszkadzające zębiny.

Ubytki kosmetyczne najlepiej uzupełniać dobrze dobranymi w kolorze wypełnieniami porcelanowymi wypalanymi. *T. O.*

Pytanie 7. *W jakich odstępach czasu należy stosować jonoforezę przy leczeniu przewodów zębowych, wzgl. zmian szczytowych i ilo dniowe przerwy są dozwolone.*

Odpowiedź na pytanie 7. Trzydniowe przerwy są optymalne. Przerwy większe niż sześciodniowe przeciwwskazane. *T. O.*

Pytanie 8. *Ile należy liczyć za leczenie jonoforezą zmian szczytowych.*

Odpowiedź na pytanie 8. We Wiedniu za leczenie jonoforezą pobierano honorarium w wysokości 150 szylingów w zależności od długości trwania zabiegów, ciężkości wypadku i jakości ordynacji. O ile mi wiadomo u nas liczą lekarze 60 do 100 zł w zależności od ilości posiedzeń i czasu trwania.

T. O.

Pytanie 9. *Niektóre ubezpieczalnie podniosły pensję lekarzy swoich o 10% za wyjątkiem lekarzy stomatologów. Czy lekarze stomatologowie, mające pełne studia lekarskie i dłuższą specjalizację niż niektóre inne specjalności są z gorszej gliny? Do kogo należy się z tym zwrócić?*

Wiadomości Akademii Stomatologicznej w Warszawie.

Subsydium rządu na **budowę gmachu,** który stanie na rogu ul. Chałubińskiego i Nowogrodzkiej zł 750.000. Gmach będzie 4-ro piętrowy. Każda klinika oddzielnie podaje plan budowy swego działu. Realizacja nastąpi po uzgodnieniu i przyjęciu planów na posiedzeniu wspólnym przedstawicieli klinik z inżynierem-architektem budowy gmachu.

Doktorat nadaje Akademia: I absolwentom, którzy obecnie studiując skończą studia z 5-cioroczny kursem. II absolwentom Akademii oraz Instytu — maturzystom po odbyciu dodatkowej 1 - rocznej praktyki na klinikach Akademii. O kwalifikacjach kandydata decyduje specjalna Komisja. — Dla nostryfikantów — specjalne przepisy. *G.* — Warszawa.

Sprawozdanie o wyniku wyborów do Rad Izb Lekarsko - dentystycznych.

Wybory odbyły się: w Warszawie 11 września, w Krakowie 18 września, w Wilnie 25 września, w Poznaniu 2 października.

Rady wybierają zarządy: w **Warszawie** 9 października wybrano: na prezesa lek. dent. Mieszkisa ppułk. (nie należy do żadnego zrzeszenia), w-prezes I-szy lek. dta Szajewski (absolw.), II-gi w-prezes German (Zw. l. d. w P. P.), sekretarz lek. dta Szadkowska (Zw. i Stow. l. d. Chrześcijan), członkowie zarządu: Grzybowski, Konstantin, Krzywicki, Uspieńska (absolw.), Dessan (Zw. lek. dent. w P. P.) i Kalicki (Zw. i Tow. lek. dent. Chrześcijan).

W **Krakowie** 16 października wybrano: prezes Dominin, I-szy w-prezes Pyrka, II-gi w-prezes Rozenowicz (Częstochowa). Przy wyborach do rad przeszła prawie w całości lista Bloku Wyborczego, z którego Komisja Wyborcza skreśliła Perlińskiego (prezesa Rady Centralnej), Hrubieszowską i Smosarską (Zw. Katolicki w Krakowie), Lubczyńskiego (w-prezesa Zw. lek.-dent w P. P.).

Wybory do Rady Naczelnej odbędą się 1 listopada w Warszawie przy udziale delegatów wszystkich 4-ch Izb.

M. — Warszawa.

Ocena książki.

Doc. U. J. P. Dr Bolesław Olszewicz: Obraz Polski dzisiejszej. Fakty, cyfry, tablice. Warszawa 1938. Wydawnictwo M. Arcta. Cena zł 8.

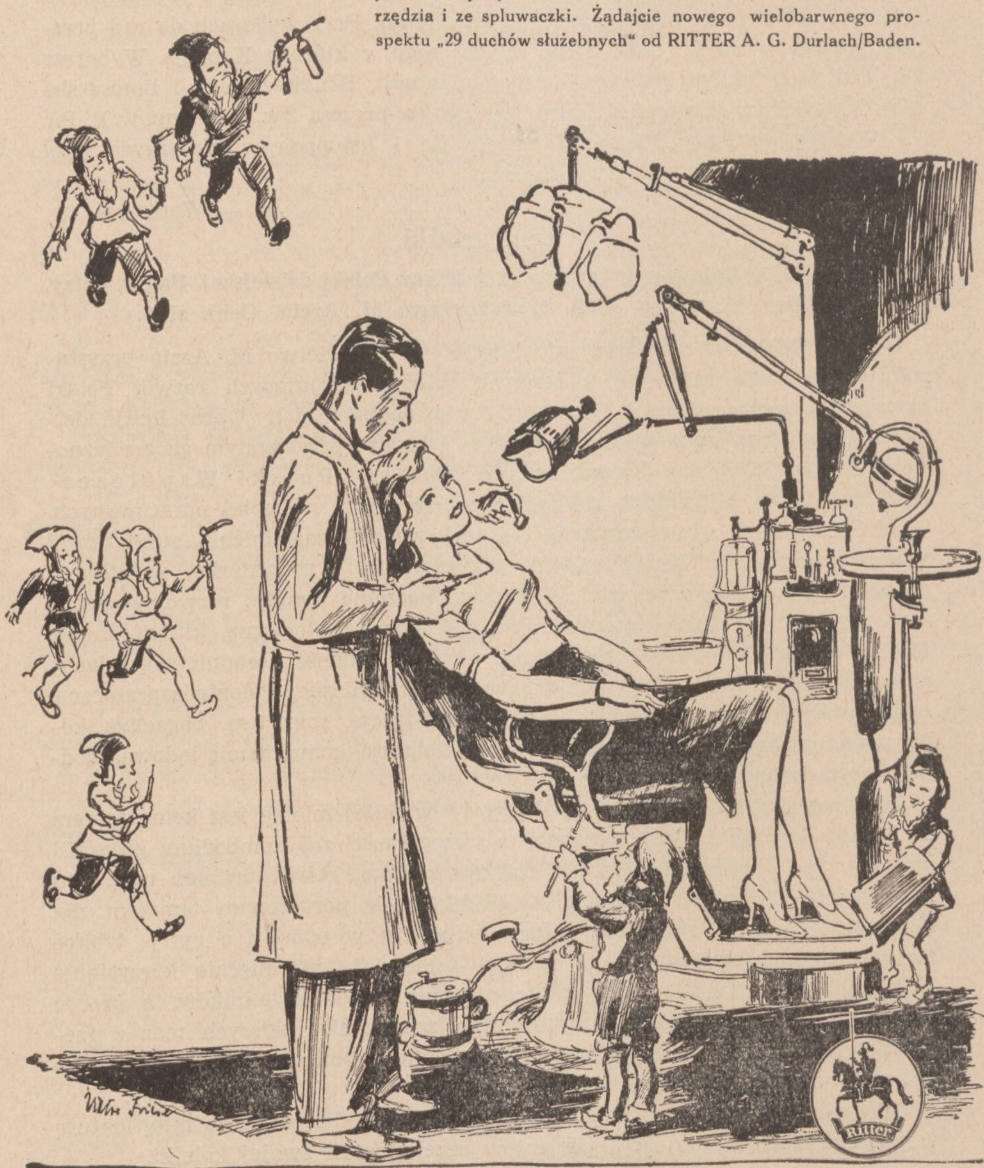
Na dwudziestolecie odrodzenia Rzplitej Wydawnictwo M. Arcta przystąpiło do wydania niezwykle ciekawych książek, ujmujących rozwój Polski w czasie na poszczególnych odcinkach życia. Jedną z nich „Obraz Polski dzisiejszej“ jest książką podręczną, zwięzłym i bardzo przystępnym geograficzno-polityczno-socjologiczno-demograficznym obrazem „Polski Współczesnej“, opartą na oficjalnych źródłach statystycznych, najlepiej opracowanych.

Różnorodność — wspomnianego — liczbowego — zagadnienia, autor zebrał w cztery rozdziały: Kraj, ludność, administracja i gospodarka, w których przedstawia zwięźle, plastycznie i opisowo naczelne tematy: rozwój geografii ziem polskich, położenie, granice, obszar, budowę geologiczną, klimat, faunę, florę, demografię, gęstość zaludnienia, przyrost ludności, osadnictwo, miasta, stosunki narodowościowe i wyznaniowe, grupy etniczne, Polonię zagraniczną, szkolnictwo i oświatę, ustrój polski, administrację, rolnictwo, bogactwa kopalniane, przemysł, handel, rzemiosło, spółdzielczość, komunikację lądową, wodną i powietrzną itd.

Jak widzimy „Obraz Polski Dzisiejszej“ w dużej mierze jest komentarzem do Małego Rocznika Statystycznego, w szczególności zaś kompedium geografii polskiej. Jest to jedyna w swoim rodzaju książka, którą powinien mieć pod ręką każdy, ilekroć zetknie się z jakimkolwiek poruszonym tematem dla objektywnego sądu. Następnie bogactwo tematu w oparciu o cyfry, tablice statystyczne, wykresy, rysunki, które — ułatwiają niezmiernie korzystanie z książki — wzbudzają duże zainteresowanie wśród czytelników, a przede wszystkim ułatwiają różnym prelegentom zapoznanie szerszych mas z rzeczywistym stanem „Polski Dzisiejszej“ w obliczu polityki wewnętrznej jako też międzynarodowej.

Ponadto książka „Obraz Polski Dzisiejszej“ uchodzić może za miłą lekturę w poczekalniach lekarzy, dla pacjentów oczekujących swojej kolejki.

Dr S. Czortkower



„ARPA" Nr 14. Tom I.

Organ Polskiego Zespołu ARPA

Redakcja: Prof. Cieszyński i Dr Pietrzycki.

VII MIĘDZYNARODOWY KONGRES „APRA" W PRADZE W SIERPNIU 1938 R.

Rezolucje Kongresu.

Dok. pol. 9,41;7.32

I. W sprawie nauczania dentystyki i stomatologii i wyposażenia Zakładów i Klinik.

1. Stan obecny problemu paradentopatyj, głęboka łączność z fizjologicznymi i patologicznymi stosunkami panującymi w przyzębiu (tj. kości szczękowej, systemie zębowym i dziąśle) i w całym organiźmie człowieka, racjonalna i krytyczna ocena wyników badań na tym polu oraz ich zużytkowanie w codziennej praktyce stomatologa dla zwalczania jednego z najczęstszych schorzeń mas — przyzębicy — to wszystko wymaga tak dużego wykształcenia ogólno lekarskiego, w szczególności na polu biologii, fiziologii, chemii lekarskiej, bakteriologii, a przede wszystkim medycyny wewnętrznej, jakiego dać nie może 4-ro- lub pięcioletnie studium lekarsko-dentystyczne. Należy przeto wymagać od przyszłych lekarzy dentystów studiów ogólno-lekarskich, a jeżeliby się tego w niektórych krajach wprowadzić nie dało, żądać przynajmniej 4-roletnich studiów lekarskich przed specjalnymi studiami stomatologicznymi: te zaś powinny trwać przynajmniej $2^{1/2}$—3 lat. Niezależnie od tego należy kłaść silny nacisk na opanowanie techniki dentystycznej.

2. Należy dążyć do tego, aby we wszystkich uniwersyteckich klinikach dentystycznych powstały wyposażone w łóżka osobne oddziały dla badania i leczenie przyzębicy, któreby umożliwiły przeprowadzanie potrzebnych badań ogólno-lekarskich i obserwację leczonych klinicznie przypadków.

3. Rezolucje powyższe należy podać do wiadomości przez prasę codzienną i fachową i oprócz tego przesłać je oficjalnie od Prezydium „ARPY“ przez Komitety Narodowe do Wydziałów lekarskich, Uniwersyteckich klinik dentystycznych i Ministerstw Oświaty i Zdrowia Publicznego wszystkich krajów kulturalnych.

II. i III. Rezolucja dotyczy spraw szczegółowych.

VII Kongres Międzynarodowy „ARPA“ przyjął do wiadomości sprawozdanie Komisji dla badań nad witaminem C. Zgromadzenie poleca przeprowadzać w dalszym ciągu badania uzupełniające i podać do wiadomości sprawozdanie z tychże na przyszłorocznym Zjeździe Międzynarodowej „ARPA“.

III

Zebranie postanawia stworzenie klinicznego standartowego kwestionariusza, którego by używano we wszystkich krajach. Niżej wymieniona komisja ma za zadanie gromadzenie potrzebnych w tym celu dokumentów i przedłożenie wniosków dla stworzenia protokołu badania stanu ogólnego i miejscowego przyzębicy (Paradentosestatus), który by był powszechnie przyjęty.

Prezydium Dr Karol Breuer, Praga, Prof. dr Palazzi, Mediolan, Dr Rowlett, Leicester, Doc. dr Brinch, Kopenhaga i Dr Jeannet, Genewa.

WYDAWCA: Prof. dr **A Cieszyński** i Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej.

Prof. Dr ANTONI CIESZYŃSKI LWÓW

VII. MIĘDZYNARODOWY KONGRES „ARPA“ W PRADZE 1938.

Wrażenia z podróży po Czechosłowacji.

VII-ième CONGRÈS INTERNATIONEL DE L'ARPA È PRAGUE 1938.

Impressions du voyage à travers par la Tchécoslovaquie.

VII. Intern. ARPA — Kongress in Prag 1938.

Reiseeindrücke aus der Tschechoslovakei.

Dok. pol. 9,41:26,71

VII. Międzynarodowy Kongres „Arpa“ w Pradze odbył się w dniach od 26. do 28. sierpnia 1938 r. w bardzo niepomyślnych warunkach politycznych. Pomimo tego był on świetnie zorganizowany przez kolegów czechosłowackich. Jakkolwiek streszczenia referatów nadsyłane były jeszcze w ostatnich czterech tygodniach, ukazały się one drukiem w „Čechosloweńskiej Stomatologii“ i zostały doręczone uczestnikom w dniu otwarcia kongresu.

Otwarcie kongresu odbyło się w starym ratuszu, obradowano zaś w sali wykładowej Państwowego Instytutu Stomatologicznego przy ul. Focha. Protektorat nad zjazdem objął bardzo popularny i cieszący się wielką sympatią prezydent miasta dr Z e n k l, który w dniu następnym popołudniu podejmował uczestników kongresu w salach recepcyjnych nowego ratusza. Zjazd został otwarty przez przewodniczącego „Arpa intern.“ dr h. c. J a c c a r d a w wypełnionej do ostatniego miejsca sali, w obecności około 200 uczestników. Po przemówieniu powitalnym prezydenta miasta dr Z e n k l a zabrał głos przedstawiciel organizacyj lekarskich czechosłowackich, zaś imieniem uczestników zagranicznych prof. P a l a z z i z Mediolanu. Z zagranicy przybyło: z Szwajcarii 25, z Polski 6 (ze Lwowa: prof. Cieszyński i dr Allerhand, z Warszawy: prof. Meissner i prof. Zeńczak, z Łodzi: dr Sadokierski, z Krakowa: dr Dornfeld, z Ameryki 1 Polak dr Zenker, z Szwecji 5, z Włoch 5, z Danji 2, z Rumunii 2, z Jugosławii 2, z Węgier 2, z Belgii 2, z Anglii 1, z Bułgarii 1, z Łotwy 1. Imieniem Polski i Związku Słowiańskich Stomatologów przemawiał prof. C i e s z y ń s k i *). Przybycie Polaków do Pragi powitane zostało przez kolegów —

*) *Przemówienie prof. Cieszyńskiego na otwarciu Zjazdu:*

„Au nom de l'ARPA Polonaise, section Lwów, du Comité National de la F. D. I., de la Section Polonaise, de l'Assiociation des Stomatologistes Slaves et l'Assiociation Stomatologique de Lwów j'ai l'honneur de saluer les congressistes de l'ARPA International et avant tous nos hotes confrèrs Tchécoslovaques qui sont lié avec nous Polonais par des liens d'une sympathie profonde et sincère.

gospodarzy z wielką radością. Na zakończenie wygłosił referat prof. Neuwirt, reprezentujący „Arpa“ czechosłowacką, dając w nim pogląd na dotychczasowe badanie parodontoz. Obiad wspólny odbył się w wytwornej restauracji „Mánes“, położonej nad brzegiem Wełtawy.

Po południu rozpoczęły się posiedzenia naukowe. Tematem głównym było „Znaczenie witamin dla schorzeń przyzębia“. Doc. dr Brinch z Kopenhagi zdał sprawę z działalności Komisji dla badań nad witaminem C, dr Breuer z Pragi referował o „oznaczaniu kwasu askorbinowego w surowicy metodą Lund - Liecka u chorych z przyzębicą“; dr Demoulin z Brukseli o „witaminie C w odniesieniu do przyzębicy“. Po przyjęciu w ratuszu wyruszono autokarami, celem zwiedzenia miasta. Ta część programu nie powiodła się, ponieważ już zmrok zapadał i pogoda nie dopisała. Wieczorem spotkali się uczestnicy przy wspólnej wieczerzy na tarasach w Barrandowie, skąd jest przepyszny widok na Pragę.

Dwa dni następne a więc sobotę i niedzielę wypełniły posiedzenia naukowe w Instytucie stomatologicznym. Na uwagę zasługuje referat doc dr Helda z Genewy, sekretarza „Arpa“ o nauczaniu przyzębic w instytutach prywatnych i uniwersyteckich, referat dr Kallaya z Lublany: Przyzębice w praktyce prywatnej, który podajemy w streszczeniu. O anatomii histologii i patologii przyzębia mówił Zerosi i Delater, o radiografii znany roentgenolog czechosłowacki dr Parma z Pragi. Koreferat do tego tematu wygłosił prof. Cieszyński. Dr Jaccard i Dr Brinch mówili o badaniu klinicznym chorych na przyzębicę. Bardzo zajmujące referaty wygłosili dr Breuer z Pragi i prof. Palazzi na temat: stosunek medycyny wewnętrznej do przyzębic. O znaczeniu zgryzu dla parodontoz mówili Szwajcarzy, doc. Held i dr Beyerle. W niedzielę odbył się pokaz bardzo pięknie wykonanego filmu dr Joachima (jun) z Brukseli na temat „przyzębice a protetyka nowoczesna“. Film ten, bardzo ciekawy pod względem treści, wykazał ponadto, że film barwny nadaje się szczególnie dla przedstawienia zabiegów operacyjnych i demonstracji laboratoryjnych. Held i Vautiur wyświetlili film jednobarwny: o chirurgicznym leczeniu parodontoz. W dalszym ciągu wygłosił Prof. Cie-

---

Stosunek ten serdeczny, nawiązany w Pradze w r. 1913 a we Lwowie i w Paryżu w r. 1931 pogłębiony został w wspólnej pracy w Związku Słowiańskich Stomatologów oraz przez przybycie licznego zastępu kolegów czechosłowackich na Zjazd Słowiańskich Stomatologów do Poznania w r. 1933.

Wam drodzy koledzy, Czesi i Słowacy, serdeczne przywożę pozdrowienie z Polski wraz z życzeniem, abyście w tych ciężkich chwilach, które nie sprzyjają poczynaniom naukowym wytrwali. Zorganizowanie tego Zjazdu właśnie w Pradze jest najlepszym wyrazem Waszej energii życiowej i energii Waszego Narodu.

Je termine en souhaitant à tous les congressistes que les déliberations de ce Congrès International de l'ARPA soient fertiles en résultats et approfondissent notre science de même que la vrai amitié qui unie les représantants de notre profession de differantes nations du monde“.

szyński referat na temat: zapobieganie przyzębicy ze stanowiska funkcji i odżywiania, ogłoszony w niniejszym numerze „in extenso". Dr Keller z Baden mówił o częściowej protezie, a dr Rowlet (Leicester): o leczeniu lekami przyzębic, Hruska z Mediolanu: o konstytucji i parodontozach. Po południu w niedzielę toczyły się rozprawy na temat leczenia zapobiegawczego przy przyzębicy ze stanowiska ortopedycznego i czynnościowego (prof. Häupl z Pragi, prof. Egger z Berna szwajc. i prof. Andresen z Konpenhagi). Wymieniłem tylko najważniejszych referentów, którzy zabierali głos na kongresie „Arpa". W sali obok sali posiedzeń wystawił prof. Cieszyński szereg powiększonych zdjęć roentgenowskich oraz studiów preparatów histologicznych i roentgenologicznych, stojących w związku z parodontozą i statyczną budową istoty gąbczastej kości.



Uczestnicy na operacji prof. Kostečkiw Stomat. Klinice Uniw.
Górny rząd: dr Skoloud, dr Mezel, dr Beyerle, doc. dr Held, doc. Méstan, drugi rząd: dr Rowlett, prof. Fridrichovsky, prof. Andresen, dr Aby, prof. Häupl, pierwszy rząd (siedzą): Prof. Kostečka, prof. Palazzi, prof. Cieszyński, dr Jaccard.

W dniu ostatnim Kongresu przedstawiła Komisja rezolucje VII. Międzynarodowego Kongresu Arpa Internationale, które zostały przyjęte jednogłośnie. Doniosłe uchwały powyżej podane, odnoszące się do reorganizacji studiów dentystycznych i pogłębienia ich w kierunku ogólno lekarskim, ma zarząd Arpa Internationale rozesłać do wszystkich uniwersytetów i ministerstw oświaty i opieki społecznej.

Bardzo miłą niespodziankę zgotowała niektórym uczestnikom kongresu, którzy otrzymali osobne zaproszenia, klinika stomatologiczna uniwersytecka prof. Jesenský-ego. Zaproszeni bowiem zostaliśmy przez prof. Františka Kostečkę na słynną jego operację progenii, którą wykonał na trzech pacjentach w sposób mistrzowski w kilkunastu minutach. Przy tej sposobności przedstawił szereg wypadków o doskonałym wyniku. Z wielkim zainteresowa-

niem zwiedzieliśmy muzeum prof. Jesenský'ego stanowiące godną widzenia osobliwość, jedyną tego rodzaju w krajach słowiańskich.

Warto zaznaczyć, że w Pradze, mającej 980.000 mieszkańców, mogą się mieścić dwie stomatologiczne kliniki uniwersyteckie, jedna czeska w której pracują profesorowie Jesenský i Kostečka i doc. Méstan, druga niemiecka, którą kieruje prof. Häupl, i obok tego jeszcze świetnie wyposażony „Państwowy Instytut Stomatologiczny" z osobnym oddziałem dla badań parodontalnych z łóżkami, przeznaczony wyłącznie dla kształcenia specjalistów stomatologów, którym kieruje prof. Černy, przy pomocy prof. Neuwirta i dwóch docentów. Poza tym są w Czechosłowacji dwie polikliniki stomatologiczne uniw. w Bratisławie (prof. Fridrichowsky) i w Brnie (prof. Bazant).

Wśród uczestników zjazdu nie spotykamy prócz prof. Häupla z Pragi, przedstawicieli Niemiec jak prof. Eulera z Wrocławia i Wannemachera z Berlina, prof. Siegmunda i innych, którzy zgłosili wykłady, ale nie przybyli ze względów politycznych. Liczba oczekiwanych kolegów z Niemiec byłaby po Szwajcarii największą. Ponieważ zawiadomienie o zaniechaniu udziału w Kongresie Niemców nastąpiło w ostatniej chwili, dlatego streszczenie niektórych referatów autorów niemieckich znajdujemy w oficjalnym sprawozdaniu zjazdu. Zasługuje na wzmiankę humorystyczny moment: zapytanie konsulatu niemieckiego, skierowane do jednego ze stomatologów niemieckich w Pradze, czy nie należałoby urządzić przyjęcia popołudniowego dla uczestników. Z tego wynika, że nie było porozumienia między zarządem „Arpa" niem. a placówką dyplomatyczną w Pradze.

Należy wspomnieć jeszcze o oficjalnym bankiecie w hotelu „Alcron", sławnym z pobytu delegata brytyjskiego Runcimanna, który w tych dniach także był obecny w Pradze. Podczas bankietu wygłoszono liczne toasty; z Polaków przemawiał prof. Cieszyński **). Z wszystkich przemówień wynikało wielkie

---

***) Przemówienie prof. Cieszyńskiego podczas bankietu:*

„C'est la cinquième fois que j'ai l'honneur de passer dans la belle Tchécoslovaquie quelque jours si charmants et si agréables.

C'est un grand plaisir pour moi, Polonais, représantant d'une nation slave, de constater que la septième réunion annuelle de l'ARPA Internationale a lieu sur la terre slave à Praga au centre de la République Tchécoslovaque. Cette même joie remplie certainement les coeurs de nos hotes et des confrères slaves réprésantés aussi ici.

Nous congressistes avons eu l'occasion d'admirer la grande culture de votre nation, qui date depuis le dixième siècle, les magnifiques monuments historiques du moyen âge et aussi les nouveau bêtiments de la dernière vingtaine d'années qui sont un vif témoignage de votre energie nationale.

Nous sommes plein d'admiration pour toutes les beautés de votre ville situé pittoresquemant au bord de Veltave, qui grace à sa situation incomparable a un charme spécial et appartient aux plus belles villes de l'Europe. Avant tout nous admirons votre grande hospitalité avec

zadowolenie z pobytu w Pradze i uznanie dla kolegów czechosłowackich, którzy tak świetnie zorganizowali kongres; wyczuć było można również z przemówień przedstawicieli zagranicznych sympatję dla narodu, który w kilkanaście dni po kongresie ARPA przeszedł tragedię polityczną. Czytelników interesować będzie odnoszenie się Czechów i Słowaków do Polski.

Prof. Černy, jako przewodniczący Związku Słowiańskich Stomatologów, zaprosił kolegów słowiańskich na śniadanie do sanatorium „Podol“, zbudowanego krótko przed wojną światową z wielkim rozmachem i przepychem, w którym powitał członków związku dyrektor sanatorium dr Jedličeka, wielki przyjaciel Polaków, a były asystent prof. Rydygiera ze Lwowa, dobrze znany starszym przedstawicielom nauki polskiej. W czasie śniadania przemawiali jeszcze prof. Černy przewodniczący Związku Słowiańskich Stomatologów i prof. Cieszyński, imieniem Polskiego Komitetu Narodowego tejże organizacji. Obaj mówcy podkreślili znaczenie wspólnej pracy naukowej kraji słowiańskich, celem zbliżenia pobratymczych narodów słowiańskich. Mowca polski z wielkim uznaniem podniósł rozwój stomatologii w Czechosłowacji w ostatnich latach dwudziestu przy poparciu rządu i podziękował za serdeczne przyjęcie zgotowane przez kolegów czeskich. W gronie zebranych spotkaliśmy prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej Czechosłowackiej i szereg wybitnych osobistości. Po śniadaniu zwiedzono wspaniale urządzone sanatorium „Podol“, posiadające wszystkie działy medycyny, dwie wielkie sale chirurgiczne, niezrównanie urządzony oddział balneologiczny i radioterapii. Po zwiedzeniu parku, otaczające sanatorium, udaliśmy się z powrotem na dalszy ciąg posiedzeń naukowych.

Uczestnicy Kongresu mieli sposobność podziwiania wyników działalności Ministerstwa Opieki Społecznej, zwiedzając olbrzymie urządzenia opieki nad starcami i nieuleczalnie chorymi im. Massaryka, położone kilkanaście kilometrów za Pragą, a stanowiące olbrzymi kompleks, wśród 32 hektarów lasu. Urządzenia te funkcjonują od 10 lat, założone są na wielką skalę, w których znaleźć może pomieszczenie 2.800 osób. Utrzymanie dzienne każdej jednostki kosztuje 12—24 koron (czyli 2,4—4,8 zł) taksa droższa odnosi się do umysłowo upośledzonych dzieci, wymagających licznego personalu pielęgniarskiego. Intencją fundatorów jest nie tylko danie przytułku, ale odciążenia rodzin pracujących od chorych, którzy w domu rodzinnym wymagają stałej opieki. Za stosunkowo niską opłatą mogą być także umieszczeni chorzy, nie mające żadnego stosunku z Ubezpieczalnią. W jednym z gmachów znajduje się wspaniała sala ufundowana przez króla Egiptu Fuata, przeznaczona na światłoterapię. Wspólne urządzenia gospodarcze na tak liczne rzesze starców i nieuleczalnie chorych oraz personalu pomocniczego i lekarskiego są tak olbrzymie i tak nowocześnie urządzone, że same dla siebie stanowią obiekt godny widzenia. Wrażenie, które się odniosło, zwiedzając ten wymarzony przytułek, było nadzwyczaj dodatnie: w pamięci bowiem pozostał wy-

---

laquelle vous avez bien voulu nous recevoir. En remerciant pour la peine que vous êtes données pour nous procurer ce magnifique accueil je soulève mon verre et je bois à votre santé confrères Tchécoslovaques et à la prosperité de votre nation!“

raz zadowolenia i pogodny uśmiech na twarzy starców i niedołężnych już do pracy niezdolnych — ludzi przy schyłku ich żywota.

Po zjeździe odbyła się dwu-dniowa wycieczka autokarem na wschód od Pragi do Zlinu[1]), miasta wielkiego przemysłowca, króla obuwia Bat'y, do urządzeń jego fabrycznych, stanowiących państewko o wspaniałej organizacji, które rozwinęło się w ostatnich 15 latach. Tomasz Bat'a który przed sześcioma laty zginął w wypadku samolotowym, niezrównany przemysłowiec, Ford czechosłowacki, potrafił własną zapobiegliwością i inicjatywą stworzyć dzieło tak imponujące, że z podziwem mogą na nie patrzeć i uczyć się z niego ministrowie przemysłu, skarbu i socjologowie. W mieście tym, posiadającym prócz wspaniałych zakładów fabrycznych urządzonych według wszelkich zasad psychotechniki, znajdują się własny dom towarowy, urządzenia sanitarne i szpitale z wielkim oddziałem stomatologicznym, kinoteatr, olbrzymi jedynastopiętrowy hotel dla interesentów z salami rekreacyjnymi, salami do gier i czytelniami, znajduje się tam własne szkoły, sale gimnastyczne i place sportowe, wspaniałe muzeum z modelami obuwia z całego świata, ze zbiorami obrazów, rzeźb i instytutem geograficzno-drogowym, własne autokary i wozy elektryczne, łączące poszczególne budynki, własne lotnisko z samolotami, taksametrowemi. W Zlinie wychodzi 9 czasopism dziennie w dwóch językach czeskim i niemieckim i rozsprzedaje się tamże ponadto 30.000 egzemplarzy innych czasopism. Centrum to przemysłowe jest wśród domków robotniczych — małych will w pięknym otoczeniu przyrody. Bat'a rozwiązał problem społeczny, zapewniając pracownikowi dobrą płacę, za rzetelną robotę, opiekę nad jego zdrowiem, zaopatrzył na starość pracownika przez wprowadzenie premii za pracę, przekraczającą normę. Każdy robotnik zapisuje wyniki swej pracy, które mogą być kontrolowane każdej chwili; premie nie zostają wypłacone w gotówce, tylko zapisywane na książeczkę w instytucji bankowej Bat'a i oprocentowane po 10% rocznie. W ten sposób, przy tym wysokim oprocentowaniu, doczekać się może każdy zdolny pracownik własnego domku i pewnej renty na starość. W takim środowisku nie może być mowy o komuniźmie. Zachętą do pracy a zarazem i wskazówką dla racjonalnego zużywania czasu i energii są napisy w budynkach fabrycznych umieszczone wielkimi literami, które spełniają stale zadanie wychowawców rzesz robotniczych. Przerwę południową mogą wykorzystać pracownicy, udając się do kina. Wszystkie artykuły pierwszej potrzeby zakupują w domu towarowym. W ten sposób zarobek pracownika pozostaje w tym samym przedsiębiorstwie i może służyć jako kapitał obrotowy. Po śmierci Tomasza Bat'y prowadzi przedsiębiorstwo brat jego Jan, również szewc z zawodu; tak samo jak Tomasz Bata studiował on organizację fabryczną w Ameryce, a całym przedsiębiorstwem kieruje obecnie sprężyście bardzo sympatyczny dyr. Čipera. Nie spotkałem jeszcze nigdzie tak świetnie zaprowadzonych kart chorych pracowników, wszechstronnie i systematycznie badanych i okresowo kontrolowanych; ze stanu ich zdrowia wy-

---

[1]) Zlin posiadał w r. 1894 2.900 mieszkańców, w roku zaś 1915 40.000. Fabryki Bat'y wyrabiają dziennie 250.000 par obuwia na 6.000 modelach, zatrudniając 43.000 pracowników. Kuchnia fabryczna wydaje dziennie 3.500 śniadań, 3.500 mniejszych posiłków i 1.500 obiadów.

ciąga się wnioski, mające na celu wprowadzenia higieniczniejszych warunków pracy w zakładach fabrycznych. Praca w Zakładach fabrycznych idzie przez pięć dni w tygodniu, szósty dzień, sobota, jest dniem odpoczynku, tak samo jak niedziela. Poszczególne etapy pracy idą jak na taśmie, odbywają się równocześnie i są skoordynowane ze sobą. Przerwa w jednym dziale stanowiłaby przerwę w całym zakładzie. Dlatego nie może nigdy braknąć człowieka przy maszynie i na miejsce jego musi być każdej chwili zastępca. Poza fabrykami obuwia znajdują się fabryki, przygotowujące surowiec, znajdują się także wielkie urządzenie wyrobów gumy, która służy nie tylko na podeszwy, ale



Grupa uczestników kongresu ARPA, biorąca udział w wycieczne do Zlinu (1. dr Bažant, 2. prof. Cieszyński, 3. dr Aby, 4. dr Aiby, 5. dr Bàrtoš, 6. dr Bayerle, 7. prof. Palazzi, 8. doc. Held, 9. dr Allerhand, 10. dr Jaccard, 11. prof. Neuwirt).

i na pneumatyki do samochodów i prawdopodobnie na maski gazowe. — Kto nie może jechać do Ameryki i zwiedzić zakładów Forda, niech jedzie do Zlinu, aby zobaczyć, co człowiek o nadzwyczajnej zdolności organizacyjnej, nie hamowany w swej inicjatywie przez czynniki wyższe, może dokonać w krótkim czasie dla dobra społeczeństwa i dla dobra państwa. — W drugim dniu pobytu w Zlinie poświęcono półtora godziny na wysłuchanie bardzo ciekawego referatu dra Bartoša „o badaniach przyzębicy i jej leczenia w zakładach Bat'y“ i na zwiedzenie oddziału stomatologicznego ze specjalnym oddziałem dla badań przyzębicy, którym kieruje dr Bartoš.

Jadąc z Pragi do Zlinu i zpowrotem samochodem, miałem możność podziwiania dobrobytu ludności. Każdy człowiek ubrany przyzwoicie i w butach. — Szofer auta, uświadomiony społecznie, w pewnym poczuciu godności obywatel państwa, nie waha się zaproponować przystąpienia do gry (np. rzucania monety do celu o kamień) towarzystwu, które wiezie swym autem.

Po Zjeździe zrobiłem wycieczkę na zachód do uzdrowisk, aby poznać nastroje kraju, o którym tak wiele pisało się w czasie ostatnim, zamieszkałe przeważnie przez Niemców, w Sudetach. Jadąc na zachód od Pragi koleją widzieć było można z okien pociągu w dolinach wysokie zasieki, ustawione w kilku rzędach, jakoby szeregi drągów telegraficznych, od których szczytu odchodziły pasma drutu kolczastego, a pod niemi rosły częściowo niezebrane jeszcze ziemniopłody. Celem mej podróży były uzdrowiska, sławne na cały świat: Karlovy Vary, Mariánské Lázne, Františkovy Lázne i Jachymóv. W Karlovych Varach tylko jeden hotel czeski, inne zaś wspaniałe pałace, urządzone z wielkim przepychem, to własności obce. Frekwencja we wszystkich uzdrowiskach bardzo słaba, a pomimo tego wszystkie urządzenia kąpielowe utrzymane w ruchu: żaden zakład nie zamknięty. W sezonie obecnym milionowe straty. Z rozmowy ze starszymi obywatelami Niemcami, przedsiębiorcami tamtejszymi, dowiedzieć się można, gdy zyskało się ich zaufanie, że pragną ukończenia niepewnej sytuacji politycznej: nie widać żadnego entuzjazmu w kierunku zmian regimu. Wnioskować tyło można, że pod rządami czeskimi nie jest najgorzej, bo przecież większość przedsiębiorstw powstała po traktacie wersalskim. Do Chebu (Eger) zajechałem autokarem wzdłuż długiego szpaleru, utworzonego przez młodzież w strojach narodowych i białych pończochach, wyznawców polityki Hitlera. Za chwilę bowiem spodziewano się przyjazdu Henleina. Miasto całe udekorowane chorągiewkami ze swastyką hitlerowską. Dziesięć dni później miały się rozstrzygnąć losy Sudetów na konferencji monachijskiej. Jest bardzo charakterystyczne, że w ciągu swej podróży przez Czechosłowację kwitnącą dobrobytem, nie spotkałem się nigdzie z niechęcią lub wymyślaniem na rządy czesko-słowackie, a jednak o losach kraju miała zadecydować przemoc, siła działająca z zewnątrz.

Po dwutygodniowym pobycie, opuszczając Czechosłowację, kraj świetnie zagospodarowany, o wysokiej kulturze, byłem pełen uznania dla wielkiej pracy dokonanej przez naród w latach dwudziestu wolności i odniosłem wrażenie, że wiele nieporozumień, wiele fałszywej oceny wyrosło na wskutek braku bezpośredniego kontaktu, braku chęci porozumienia i sztucznej atmosfery nienawiści, wytworzonej przez pisma codzienne.

REFERATY WYGŁOSZONE NA VII. KONGRESIE ARPA. (Streszczenie).

Prof. E. Wannenmacher, Berlin: Przyczynek do patologii przyzębia przybrzeżnego. (Ein Beitrag zur Pathologie des marginalen Paradentiums).

Spostrzeżenia poczynione w toku badań nad schorzeniami przyzębnej u osobników młodocianych wykazały, że pierwotne i największego nasilenia uszkodzenia występują w zakresie przyzębia międzyzębowego (brodawki międzyzębowe). Zmiany swoiste przyzębicy występują szczególnie wcześnie w obrębie zębów siecznych i pierwszych trzonowców. Obrazy roentgenologiczne przemawiają za pewnego rodzaju skłonnością narządu, której nie można jeszcze bliżej określić. Autorowie jak Black, Euler, Gottlieb, Pichler, Weski i inni wskazują na znaczenie i czynność przestrzeni międzyzębowej, która także pod względem zapobiegawczym i leczniczym pozostawia nieco do życzenia. Histo-

logicznie zupełnie normalna brodawka międzyzębowa należy do wielkiej rzadkości. Nawet u młodych osobników brodawka międzyzębowa przy prawidłowych zresztą stosunkach dziąsłowo - kieszonkowych wykazuje zwłaszcza na szczycie brodawki nacieki rozmaitego stopnia. Nie udało się dotychczas wykazać aby istniał pewien związek przyczynowy między zmianami na brodawkach międzyzębowych i punktami względnie powierzchniami stykowemi. Najbardziej wpadającym w oko jest fakt częstego tworzenia się złogów w okolicy szyjkowej zęba po stronie stykowej. Złogi te układają się częściowo na szkliwie częściowo lecz częściej na cemencie zależnie od stanu kieszonki dziąsłowej. Właśnie ta ostatnia okoliczność wskazuje nam drogę do leczniczych zamierzeń i bardzo troskliwego leczenia przestrzeni międzyzębowej.

Prof. Dr med. Euler (Wrocław): Nowe badania nad witaminą C. Die neueren C Vitamin Untersuchungen.

Autor zadał sobie dwa pytania:

1) Czy i o ile można zmniejszyć objawy hypowitaminozy C przez podawanie witaminy B_1,

2) Jaki jest stosunek między witaminą C a P.

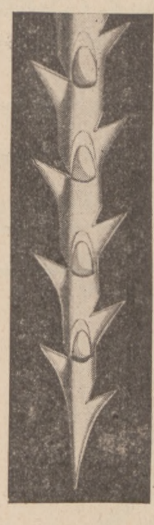
Ad 1) Autor podawał zwierzętom doświadczalnym (szczurom) pożywienie pozbawione o ile możności witaminy C, natomiast zawierające dużo B_1 i większą ilość soli potasowych. U zwierząt tych spostrzeżono: a) zaburzenia w tworzeniu się szkliwa rosnących zębów, b) zmiany w obwodowej części miazgi pod postacią jam, a dalej ku obwodowi kurczenie się miazgi. Jeżeli chodzi o wpływ na zęby o dokończonym rozwoju, to zauważa się zmiany w zakresie miazgi, począwszy od atrofii i zmian degeneratywnych do zwapnienia oraz skłonność do próchnicy. Wpływu na przyzębie nie stwierdzono.

Ad 2) Autor przeprowadzał drugą grupę doświadczeń nad witaminem P na świnkach morskich. Autor podawał zwierzętom pokarm pozbawiony witaminy C a zawierający dużo witaminy P. Nie wystąpiły tu typowe dla awitaminozy krwawienia miazgi, a natomiast wystąpiła paraplazja miazgi oraz zmiany w ameloblastach.

Dr med. Ove Brinch (Kopenhaga): Badania przeprowadzone przez Międzynarodowy Związek ARPA nad znaczeniem awitaminozy C w etiologii przewlekłych zapaleń dziąseł i nawrotów.

Autor wystąpił na VI. Kongresie Międzynarodowym „ARPY“ w Kopenhadze z odczytem, który zwrócił uwagę na znaczenie hypowitaminozy C. W krajach północnych ostry gnilec nie należy do rzadkości. Przypuszczać więc można, że istnieją także różne stany przewlekłe, ukryte hypowitaminozy C, które powodują zapalenie, względnie tylko obniżają odporność dziąseł na czynniki szkodliwe. Oczywiście wchodziłaby tu w rachubę tylko nie wielka grupa chorób przyzębia. Na wyżej wymienionym kongresie wyłoniono komisję, która miała się zająć badaniem znaczenia hypowitaminozy C w etiologii chorób przyzębia.

W skład tej komisji wchodzili członkowie 11-tu państw. Dotychczas komisja ta nie doszła do definitywnych wyników. Jednak znaczenie dla nas posiadać będą także opisy metod badania poszczególnych autorów, oraz trudności na jakie przy tych badaniach natrafiali.



Prof. Dr ANTONI CIESZYŃSKI. LWÓW.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KLINIKI STOMATOLOGICZNEJ UNIW. JANA KAZIMIERZA WE LWOWIE ZA LATA AKADEMICKIE 1936/37 i 1937/38 *).

Compte rendue annuaire (1936/37 et 1937/38) de la Clinique stomatologique de l'Université de Jean Casimir à Lwów.

Jahresberichte der Zahnärztlichen Klinik der Johann-Casimir Universität zu Lwów (1936/37 u. 1937/38).

Doc. pol. 7,812 Doc. int. 616,31(07)

Dyrektor Prof. Dr A. Cieszyński.

Siły pomocnicze: Adiunkt: *Dr Mieczysław Jankowski.*
Asystent starszy: *Dr Ignacy Pietrzycki.*
" " *Dr Tadeusz Owiński* (do 31. XII. 1937).
" " *Doc. Dr Wiktor Tychowski* (od 1. II. 1938).
Sekretarka: *Stefania Schmalenberger.*
Pomocnik techniczno-dent.: *Julian Kleinrock* (do 14. I. 1938).
" " " *Rudolf Woroniak* (od 15. I. 1938).
Pomocnica chirurgiczna: *Elza Lewandowska.*
Pielęgniarka: *Anna Wankowa.*
Służący operacyjny i pomocnik w pracowni roentg. *Andrzej Wrona* (do 28. 2. 1937).
Służący operacyjny (sanitariusz): *Michał Górniak* (od 1. V. 37).
Woźny pomocniczy: *Michał Górniak* (do 30. IV. 1937).
" " *Michał Gruszewski* (od 16. III. 1937).

Opłacani z taks klinicznych:
Asystent naukowy i bibliotekarz: *Dr S. Czortkower*, antropolog.
Kasjerka Oddziału I: *Ewa Łukasiewicz-Witkiewiczowa.*
" " II: *Karolina Orlicka* (do 28. VI. 1937).
" " *Janina Rudnicka* (od 1. IX. 1937).
Pomocnica chirurgiczna: *Józefa Kocanówna* (od 20. IX. 1937).
" dentystyczna: *Bronisława Świętalska* (do 31. XII. 37).
Służąca pomocnicza: *Helena Borodenko*

*) Sprawozdanie za lata 1934/35 i 1935/36 w Pol. Stom. 1936 nr 11/12 str. 623.
" " " 1932/33 i 1933/34 w Pol. Stom. 1934 str. 255.

WYKAZ WYKONANYCH ZABIEGÓW.

A) **Oddział I. chirurgiczno-stomatologiczny.**

Adiunkt: *Dr Mieczysław Jankowski.*

Rok	**1936/37**	**1937/38**
Ogólna ilość chorych .	*7.583*	*7.876*
nowo przyjętych . .	3.248	3.712
Zabiegi chirurg.-stomat.:		
A. Ekstrakcja zębów:		
Ogółem	*3.659*	*4.018*
typowych . . .	3.510	3.745
atypowych . . .	149	273
ze separacją korzeni	121	125
z dłutowaniem . .	22	21
trudne wyrzynanie się zatrzymanego zęba 8- -8 . .	6	8
B. Znieczulenia:		
a) za pomocą wstrzykiwań:		
ogółem . . .	*3.080*	*3.851*
miejscowe . . .	1.629	2.137
znieczulenie wykluczające przewodnictwo nerwu	1.629	2.137
mandibularne intraoralne . .	1.381	1.661
mandibularne ekstraoralne .	16	10
do for. rot. (via suprazyg.) . .	10	11
do for. rot. (via infrazygom.) .	11	9
do for. palat. .	2	4
do for. infraorb.	16	12
do for. ovale (via transv.) .	12	11
do for. mentale	1	3
tuber maxillae	2	3
b) za pomocą zamrożenia	115	128
c) za pomocą uśpienia wzgl. odurzenia:		
ogółem . . .	*39*	*45*
eterem . . .	9	20
chloretylem .	6	5
chlorkiem etylu i eterem .	24	20
C. Inne zabiegi operacyjne:		
1. *Resekcje szczytu korzeni:*		
u chorych . . .	11	7
liczba resekowanych zębów mianowicie . . .	13	7 *)
1+ +1 .	5	3
1— —1 .	5	—
2+ +2 .	2	2
3+ +3 .	—	2
5— —5 .	1	—
Razem . .	13	7
Wypełniono korzenie przed oper. paraf.	2	—
wypełniono korzenie w czasie operacji amalg. z góry . . .	10	7
wypełniono korzenie po operacji	1	—
2. *Nowotwory:*		
Epulis sarcomatosa	8	5
„ fibromatosa	3	3
Angioma	1	1
Adamantinoma . .	2	2
Ca. maxillae i mand.	1	2
Sarcoma gig. cellulare	—	3
Torbiele	24	27
a) korzeniowe . .	21	26
b) zawiązkowe . .	3	1
3. Wygładzenie wyrostka zębodołowego	32	38
4. Otwarcie jamy szczę-		

*) Wobec doświadczeń przeprowadzanych jonoforezą spadła liczba resekcyj.

Rok	1936/37	1937/38
kowej przy sinusitis	3	6
wyjęcie ciała obcego z jamy szczęk.	2	2
5. Gingivectomia . .	6	4
6. *Ropowice* . . .	*23*	*18*
a) pochodzące od periodontitis apicalis	18	14
b) przy utrudnionym wyrzynaniu się 8— —8 . .	2	2
c) przy osteomyelitis	3	2
7. *Osteomyelitis* . .	15	18
8. Opatrunków . . .	1.861	2.243

Rok	1936/37	1937/38
9. *Neuralgia nerwu trójdzielnego* *) .	*10*	*13*
10. Leczenie obrażeń szczękowych . .	*17*	*22*
w tym złamań żuchwy	12	21
złamań szczęki górnej	5	1
11. Abscesy	73	86
a) dziąsłowych . .	60	65
b) podniebiennych .	5	8
c) policzkowych .	8	13
d) przetok licowych	12	8

*) **Neuralgia trigemini — leczenie iniekcjami alkokolu** (Cieszyński)

Ramus	II				III				Inne	Iniekcyj razem	Skutek		
	F. infraorbitale	F. palat.	F. rot. via suprazyg.	F. rot. via infrazyg.	For. mentale	For. mand.	For. ovale	Gangl. Gasseri			Skutek po injekcjach	Następnie terapia Roentg.	Po naśw. Rtg.
1936/37 Nr 2267								1		1	—	4	+
„ 398					1		1			2	+		
„ 638	1		1							2	+		
„ 2450			2	1						3	+		
„ 2873							1	1		2	—	3	+
„ 5564	1		1		1	1		1		5	+		
„ 6151	1		1		1	1	1	2		7	—	4	+
„ 6226			1				1			2	+		
„ 2245					1	1				2	+		
„ 6681	1		1							2	+		
„ 7039					1	1	1			3	+		
Ilość chorych 10	4		7	1	5	4	5	5		41		11	
1937/38 Nr 4469							1			1	+		
„ 5564								1		1	+		
„ 7039							1			1	+		
„ 1267							1			1	+		
„ 467	2									2	+		
„ 2123					1	1	1			3	+		
„ 3108			1		1				1	3	+		
„ 3510				1						1	+		
„ 1517					1					1	+		
„ 3832	1			1				2		4	+		
„ 3874					1	1	1	1	1	5	+		
„ 5798	1					1	1			3	+		
„ 6551		1								1	+		
Ilość chorych 13	4	1	1	2	4	3	6	4	2	27	+		

Wizyty w Klinikach.

	1936/37	1937/38
W klinice chorób wewnętrznych	9	15
„ „ nerwowych	2	
„ „ dziecięcych	8	3
„ „ laryngologii i okulistyki . .	2	
W oddziele chirurgicznym Szpitala Powszechnego	2	
	23	18

B) Oddziach II. zachowawczej dentystyki.

Starszy asystent *Dr I. Pietrzycki.*

(Prace fantomowe nie są objęte statystyką).

	1936/37	1937/38
Ogólna liczba wizyt .	4.163	5.503
Pacjentów nowych . .	618	753
Wkładek chlorf. . . .	1.247	1.870
„ kamp. . . .	1.178	1.554
Zatruć arszenikiem . .	292	353
Leczenie zębów zgorzelinowych	220	240
Wypełnienie korzeni:		
pastą	212	233
parafiną	47	52
gutaperką	56	144
ćwiekami srebnymi .	10	17
Wypełnień stałych:		
cementem	200	291
molaritem	70	204
silikatem	282	73
amalgamem . . .	146	669
wkładów (inlay) . .	35	1
	733	1.238
Zdjęć kamieni . . .	126	134
cofferdam	99	41
Leczono jonoforezą liczba chorych . . .	22	
ilość zębów wypeł. .	14	
ze skutkiem dodat. .	7	
ilość posiedzień . .	63	

Wynik dodatni stwierdzono w 7 przypadkach

Pozostała w trakcie obserwacji reszta.

Dotychczas nie stwierdzono ujemnych wyników.

C) Oddział III. protetyczno-ortopedyczny.

Starszy asystent *Dr Tadeusz Owiński* do 31. XII. 1937.

„ „ *Doc. dr Wiktor Tychowski* od 1. I. 1938.

Prace wykonane dla pacjentów:

(Prace fantomowe nie są objęte statystyką).

Rok	1936/37	1937/38
Ogólna liczba wizyt .	922	1739
„ „ pacjentów	201	307
Prace wykonane w kauczuku:		
Liczba protez górnych	16	20
„ „ dolnych	17	13
napraw kauczukowych	10	7

Rok	1936/37	1937/38
Liczba zużytych zębów górnych i dolnych .	327	337
Prace wykonane w metalu:		
Koron złotych . . .	26	4
Zębów ćwiekowych .	11	3
Koron częściowych .	6	1
Mostków złotych . .	14	12
Członów w mostkach	61	51

Rok	1936/37	1937/38
Zębów platynowych w mostkach . . .	22	27
Zębów rurowych w mostkach	25	—
Ortopedia szczęk:		
Szyn przy złamaniu żuchwy	12	18
Szyn przy złamaniach samoistnych przy osteomylitis	—	1
Szyn posuwistych przy resekcjach szczęki dolnej	—	3
Protez po resekcjach szczęki górnej . .	2	5
Zatykadeł przy rozszczepach szczęk . .	3	1
Zatykadeł przy otwartej jamie szczękowej	2	2
Protez do przytrzymywania igieł radowych	3	5
Regulacyj zębów . .	11	5
Różne:		
Wycisków do zbiorów	80	46
Mostków zdjętych .	23	26
Koron zdjętych . .	7	4

D) Oddział IV. roentgenologiczny i elektroterapii.

I. Roentgenoterapia. (Adiunkt *Dr M. Jankowski*).

Poddano roentgenoterapii z powodu	1936/37			1937/38		
	Ilość chorych	Ilość naświetl.	Skutek	Ilość chorych	Ilość nsświetl.	Skutek
Neuralgia trigemini	8	25	+			
krótko przed tem inj. alk. bez skutku	3	11	+			
Dolores neuralgiformes				1	2	+
Dolores post extractionem . . .	2	2	+	2	3	+
Sprawy zapalne:						
1. Phlegmone maxill. et submandib.	3	8	+	4	6	+
2. Osteomyelitis	4	17	+	2	2	+
3. Granuloma apicale				1	3	+
Nowotwory:						
1. Epulis sarcomat.				1	1	+
2. Adamantinoma	2	7	+			
3. Fibrosarcoma	1	3				
4. Actinomycosis	1	2	+			

II. Roentgenodiagnostyka.

	1936/37	1937/38
Wykonano zdjęć u pacjentów . . .	1.162	1.082
Zdjęć intraoralnych	1.884	1.421
„ extraoralnych	188	295
„ na odległość	8	6
Do prac naukowych	20	44

E) Oddział V. chorych klinicznych (5 łóżek).

	1936/37	1937/38
Liczba chorych	*62*	*85*
w tym mężczyzn	35	49
kobiet	26	32
dzieci	1	4
Dni choroby	*611*	*847*
na koszt kliniki ubogich chorych	15	12
dni choroby	188	68
nie wyrównało rachunków za pobyt	21	19
dni choroby	117	194

Przypadki leczone klinicznie.

Rok	1936/37	1937/38
Abscessus buc.	4	3
„ palat.	1	4
Agranulocytosis-Necrosis mand.	1	—
Actinomycosis	3	1
Adamantinoma	2	2
Carcinoma maxill.	—	2
Cystis radicularis	5	14
Fibroma myxomatodes	2	3
Fistula facialis	1	1
Fractura mandibulae	10	13

Rok	1936/37	1937/38
Gingivitis hypetr	—	1
Neuralgia trigem	2	1
Dentitio difficilis	2	1
Osteomyelitis	9	8
Ostitis mandibulae et maxillae	4	2
Phlegmone mandib.	12	21
Epulis sarcomat. maxill.	3	1
Sinusitis maxillaris	1	2
Stomatitis ulcerosa	—	1
Prognatia	—	1

F) Fotografia naukowa

Rok	1936/37	1937/38
U pacjentów	32	36
Tablic i rycin	37	16
Powiększeń	48	36

G) Biblioteka.

(Dr. S. Czortkower)

Katalog obejmuje 2112 dzieł. Biblioteka powiększyła się w ciągu roku 1936/37 od Nr. 1879 do Nr. 2112, przybyło zatem nowych 234 dzieł, oprawiono 163 tomów, zakupiono 47 tomów, w darze 116.

Wykaz czasopism abonowanych i wymiennych przychodzących do „Polskiej Stomatologii“ (oznaczone gwiazdką przy liczbie porządkowej, które przez wydawnictwo pisma zostały ofiarowane Klinice Stomatologicznej).

1.* Annales Belges de Stomatologie
2. Ars Medici
3.* Biologia Lekarska
4.* Brasil Odontologico
5.* Boletin de la Esculapa de Odontologia
6.* Bulletin Medical and Dental.
7.* Československa Stomatologie.
8. Chirurg Polski.
9.* Czasopismo Dentystyczne.
10.* Defensa Odontologica.
11.* Dental Echo.
12.* Dental Gazette.
13.* Dental Items of Interest.
14.* Dental Journal.
15.* Dental Markt.
16.* Dental Outlook.
17.* Dentystyczne Wiadomości Związkowe.
18.* Doraźna Pomoc Lekarska.
19. Deutsche Zahn- Mund- und Kieferheilkunde.
20. Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift.
21. Dwumiesięcznik Stomatologiczny.
22.* Finska Tandläkar-Sällskapets Förhandlinger.
23. Fogorfosi Szemle.
24.* Gazeta Lekarska Śląska Polskiego.
25.* Indian Dental Journal.
26.* International Journal of Orthodontia and Oral Surgery.
27.* Journal of the Nippon Dental Association.
28.* Kronika Dentystyczna.
29.* Korrespondenzblatt für Zahnärzte.
30.* Lekarz Wojskowy.
31.* Lekarz Polski.
32.* Lwów w cyfrach.
33.* Medycyna Doświadczalna i Społeczna.
34.* Medycyna Praktyczna.
35.* Medycyna i Przyroda.
36.* Nowiny Lekarskie.
37.* Nowiny Społeczno-Lekarskie.
38.* L'Odontologie.
39. Polska Gazeta Lekarska.
40.* Prasa Lekarska.
41. Praktischer Zahnärzt.
42.* Przegląd Ubezpieczeń Społecznych.
43.* Revista Dental de Chile.
44.* Rivista Odontologica.
45.* Revista de Pharmacia e Odontologia.
46.* Revista Italiana di Stomatologia.
47.* Revista Portugesa de Stomatologia.
48.* Ruch Przeciwgruźliczy.
49.* Sowietskaja Stomatologia.
50.* La Stomatologie.
51.* La Stomatologia.
52. Schweizerische Monatsschrift für Zahnheilkunde.
53.* La Tribuna Odontologica.
54.* Tijdschrift voor Tandheelkunde.
55.* Venezuela Odontologica.
56.* Zahnärztliche Mitteilungen.
57. Zahnärztliche Rundschau.
58. Zeitschrift für Stomatologie.
59.* Zeitschrift für Zahntechnik und Zahnheilkunde.
60. Zentralblatt für Chirurgie.
61. Zentralblatt für die gesamte Zahn- Mund- und Kieferheilkunde.
62. Journal of the American Dental Association and the Dental Cosmos.

Czasopisma:	Ogólna ilość wpływających	Abonament płatny	Wymienne z Pol. Stom.
w tym: amerykańskie	14	—	14
angielskie	2	—	2
belgijskie	1	—	1
czeskie	1	—	1
francuskie	2	—	2
fińskie	1	—	1
holenderskie	1	—	1
japońskie	1	—	1
niemieckie	13	7	5
polskie	20	3	17
rosyjskie	1	—	1
szwajcarskie	2	1	1
włoskie	2	—	2
węgierskie	1	—	1
Razem	62	12	50

H) Praca dydaktyczna.

Kursy obowiązkowe dla studentów medycyny

(wykłady i ćwiczenia w trymestrze (. . .)

1936/37

kurs I. (3) Ilość studentów medyc. 93; mężczyzn 75, kobiet 18
„ II. (1) „ „ „ 98; „ 83, „ 15

1937/38

kurs I. (3) „ „ „ 95; „ 77, „ 18
„ I. a (1) „ „ „ 88; „ 78, „ 10
„ II. (2) „ „ „ 85; „ 76, „ 9

Ukończyli specjalizację.

1936/37 : (69) Ab. med. Dzik Stanisław 9. IV. 1935 (otrzyma poświadczenie po ukończeniu studium lekarskiego).
(72) Lek. Rössler Maurycy 22. XII. 1936.
(73) Lek. Tyczyńska Jadwiga 25. VI. 1937.
(74) Dr Pałżewicz Władysław 27. VI. 1937.
(75) Doc. Dr Tychowski Wiktor 31. I. 1938.
(76) Lek. Włodek Barbara 15. VI. 1938.

Otrzymali tymczasowe poświadczenie.

(70) Lek. Niedźwiecki Aleksy, praktykował, nie ukończył.
(71) Dr Krywokulski Stefan, nie ukończył.

Przerwali specjalizację *a*) **w r. 1936/37.**

1. Stud. med. Kędra Mieczysław (po 3 trym. spec.) dn. 12. I. 1937.
2. Lek. dent. Nower Józef (po 2 trym. spec.) dn. 20. III. 1937.
3. Dr Gizowska Władysława (po 2 trym. spec.) dn. 20. III. 1937.
4. Abs. med. Cholewa Teofil (po 4 trym. spec.) dn. 30. VI. 1937.
5. Lek. dent. Heschelesówna (po 3 trym. spec.) dn. 30. VI. 1937.
6. Lek. Piotrowicz Michał (po 3 trym. spec.) dn. 30. VI. 1937.
7. Lek. Sadowska (po 3 trym. spec.) dn. 30. VI. 1937.
8. Dr Fabian Edward (po 2 trym. spec.) dn. 30. VI. 1937.

b) **w r. 1937/38.**

9. Abs. med. Kotulski Stanisław (po 2 trym. spec. i trym. jako wolunt. dn. 15. XII. 1937).
10. Dr Bieliński Zdzisław (po 2 trym. spec.) dn. 15. XII. 1937.
11. Dr Teśluk Bogdan (po 1 trym. spec.) dn. 22. XII. 1937.
12. Abs. med. Haar Heinz (po 2 trym. spec.) dn. 20. III. 1938.
13. Lek. Iwanter Maria (po 2 trym. spec.) dn. 20. III. 1938.
14. Lek. dent. Glückmann Rózia (po 2 trym. spec.).

Współpraca z innymi Zakładami Wydziału Lekarskiego.

Klinika Stomatologiczna utrzymywała kontakt w pracach naukowych z następującymi współpracownikami innych Zakładów: doc. histologii dr Jałowym, doc. fizjologii dr Tychowskim, dr Ostenem, st. asystentem Zakładu chemii lek. dr Zeghauserem, lekarzem chorób wewnętrznych Szpitala Powszechnego, którzy zaproszeni przez nas występowali jako referenci głównego tematu na VIII. Polskim Zjeździe Stomatologicznym we Lwowie. Ponadto jesteśmy w kontakcie z dr Henrykiem Jankowskim, asystentem Oddziału Chemii Fizjologicznej i Patologii Ogólnej Akademii Weterynarii.

Kierownik Kliniki Stomatologicznej jest Prezesem Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej i jako taki dostarcza materiał na posiedzenia naukowe Związku łącznie ze swymi asystentami do 90%. Na nasze zaproszenie wygłosili referaty: z roentgenologów dr Emil Meisels, z Kliniki Chorób Wewnętrznych doc. dr Grabowski, — na temat roentgenoterapii; z Kliniki Chirurgicznej demonstrował przypadek st. asyst. dr Jerzy *Szymonowicz;* następnie dr *Chimiak*, asystent Kliniki Chirurgicznej i dr *Landes-Leinerowa* — z zakresu terapii krótkofalowej. Z wyżej wspomnianymi prelegentami stoimi w stałym kontakcie, o ile chodzi o współpracę naukowo-kliniczną danego zakresu.

Jako przewodniczący Koła Endokrinologicznego (założ. 7. III. 1936) urządził prof. Cieszyński kilka posiedzeń naukowych w r. 1937/38 i 1938/39. Członkowie: prof. Leszczyński, doc. Sabatowski, doc. Jałowy, dr Bieliński, dr Czortkower, dr Elmer, dr Fabrykant, dr Liebhardt, dr Musiał, dr Zeghauser. Ponad to brali udział jako goście: prof. Gröer, prof. Moraczewski, prym. dr Falkiewicz i szereg innych. Ostatnie sprawozdanie ogłoszono drukiem w Pol. Stom. 1936, str. 587—595.

Prof. Cieszyński prowadzi jako przewodniczący agendy:

1) Polskiego Komitetu Narodowego — Fédération Dentaire Internationale.
2) Sekcji Pol. Stom. — Association Stomatolog. Intern.
3) Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatol. do lipca 1937.
4) Komitetu Organiz. VIII. Pol. Zjazdu Stom. lipiec 1937.
5) Naczelnego Redaktora i Wydawcy Pol. Stom.

Kursy nadzwyczajne. Urządzono w Klinice Stomatologicznej dla specjalizujących się lekarzy i dla członków Związku Stomatologów Izby Lek. Lwowskiej kurs wypalania porcelany masą „Vita", który prowadził demonstrator z Essen, oraz kurs drugi emaliowania koron platynowych sposobem Reichera.

Wykaz prac naukowych prof. dr Antoniego Cieszyńskiego od dnia 1 września 1936 do dnia 31 sierpnia 1938 r.

(* = w druku, *R* = w rękopisie, *W* = wykład (*R* referat) niedrukowany).

1936.

R 308 Spezialpipette zur Parodontosebehandlung. Opis i model dla firmy Hermann u. Co. Wien I.

309 *Przemówienie dyskusyjne* prof. Cieszyńskiego wygłoszone na IX. Międzynarodowym Kongresie we Wiedniu:

a) w Sekcji VIII, Parodontoza.
b) w „ VII. Nauczanie dn. 4. VIII. 1936.
c) w „ VI. Roentgenologia — Nauczanie dn. 5. VIII. 1936.

Pol. Stom. 1936, str. 454—462, 464, w języku niemieckim zaś w III. tomie „Kongressberichte".

R 310 Realizacja projektu A lub B reformy studiów stomatologicznych w roku ak. 1936/37 według projektu prof. Cieszyńskiego. Memoriał do Min. W. R. i O. P. dn. 25. VIII. 1936.

R 311 Studia Lekarskie (rękopis z r. 1933) *).

312 *Sprawozdanie działalności Kliniki Stomatologicznej U. J. K. we Lwowie za lata ak. 1934/35 i 1935/36. Pol. Stom. 1936,* Nr 11/12, str. 623—632.

313 *Oświadczenie prof. A. Cieszyńskiego wobec projektu utworzenia Izb lekarsko-dentystycznych i stanowiska Zarządu Izby Lekarskiej Lwowskiej, zajętego w tejże sprawie w dniu 15 grudnia 1936 r.* Pol. Stom. 1937, Nr 11, str. 428—430.

R 314 *Oświadczenie w sprawie projektu „Magistra Stomatologii" dla absolwentów Akademii Stomatologicznej:*

pismo do Ministerstwa W. R. i O. P.

---

*) Uzupełniony wykaz prac.

315 *Chronologiczny wykaz prac prof. Cieszyńskiego. Część II. od r. 1931—1936.* Pol. Stom. 1936, Nr 9/10, str. 307—322 i jako osobna odbitka wraz z Nr 307.

316 *Zakres i organizacja pracy Kliniki Stomatologicznej U. J. K. we Lwowie z r. 1935/36.* Pol. Stom. 1936, Nr 11/12, str. 480—481.

317 *Walne zgromadzenie Związku Słowiańskich Stomatologów podczas Międzynarodowego Kongresu Dentystycznego we Wiedniu. dn. 7. VIII. 1936.* Pol. Stom. 1936, Nr 11/12, str. 604—605.

1937.

318 *„Naprzód czy wstecz", argumentacja prof. Cieszyńskiego z dn. 17. XII. 1936 r. „W sprawie reformy studiów i tytułu magistra stomatologii w Akademii Stomatologicznej w Warszawie".* Lwów, 1937, str. 6, drukowano jako rękopis.

319 *„Zur Topographie und Schnittführung bei Kieferphlegmonen nebst einigen Bemerkungen zur Therapie derselben".* (mit 25 Abbildungen) Festchrift für Prof. Pichler, Zeitschrift für Stomatologie 1937, nr 1. str. 46.

R 320 Odpowiedź na ankietę w sprawie potrzeb Zakładów i Klinik Wydziałów Lekarskich Uniwersytetów w Polsce. Klinika Stomatologiczna U. J. K. we Lwowie z dnia 20 stycznia 1937 (dla Komitetu Medycyny Rady Nauk ścisłych i Stosowanych na ręce p. prof. Franciszka Waltera, Kraków, Rynek Kleparski 6 (w rękopisie).

R 321 Odpowiedź w sprawie ankiety dotyczącej katedr potrzebnych przy wyższych uczelniach polskich. Klinika Stomatologiczna U. J. K. we Lwowie z dnia 5. II. 1937 r. dla prof. dr Witołda Orłowskiego, przewodniczącego Komitetu Naukowego Med. Rady Nauk Ścisłych i Stosowanych, przez Dziekanat Wydziału Lek. U. J. K.

322 *Choroby zębów ze stanowiska higieny społecznej.* Wykład wygłoszony 11. V. 1937 r. podczas kursów medycyny społecznej, urządzanych przez Wydział Lekarski U. J. K. we Lwowie i wykład tej samej treści w nowym opracowaniu w r. 1938. Nowiny Społeczno Lekarskie 1938, Nr 13/14, jako dodatek do „Polskiej Stomatologii" 1938 r. Nr 9.

323 *Zarys historyczny Kliniki Stomatologicznej U. J. K.* Polska Gazeta Lekarska, Lwów 1927, Nr 27. (Numer Zjazdowy).

324 *Demonstracje prof. Cieszyńskiego na zebraniach naukowych Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej:*

a) dnia 14. XI. 1936. (Polska Stomatologia 1936, str. 71—72).

1. Ostitis chronica mandibulae et rami ascedentis (Przyp. 91).
2. Sinusitis purulenta maxillae dextrae od 3+ (Przyp. 92).
3. Adamantinoma (Przyp. 93).

b) dnia 18. I. 1937. (Polska Stomatologia 1937, str. 125—127).

4. Neoplasma maxillae superioris (Przyp. 94).
5. Cystis radicularis od 1+ sięgająca poza linię środk. (Przyp. 95).
6. Cystis radicularis od +1 (Przyp. 96).

7. Przypadkowe otwarcie jamy szczękowej przy seperacji korzeni +6 (Przyp. 97).
8. Torbiel w okolicy jamy szczękowej od 5+ i korzenia 6+ (Przyp. 98).
9. Cystis radicularis et fistula faciei od 6+ (Przyp. 99).
10. Cystis radicularis od 6+ (Przyp. 100).
11. Phlegmone ab —6 (Przyp. 101).
12. Fibroma alveolare symmetricum (Przyp. 102).
13. Fractura mandibulae cum fractura comminutiva proc. alveolaris (Przyp. 103).
14. Fractura mandibulae (Przyp. 104).
15. Dwie torbiele korzeniowe od +6 i +4 (Przyp. 105).
16. Cystis radicularis 1— et parodontosis (Przyp. 106).
17. Zropiała torbiel korzeniowa podokostnowa (Przyp. 107).

c) d n i a 13. II. 1937. (Polska Stomatologia 1937, str. 171, 173.

18. Ostre zapalenie kości podniebiennej (Przyp. 116).
19. Torbiel w jamie szczękowej prawej (Przyp. 119).

325 *Międzynarodowy Kongres Związku Badaczy Przyzębia* (ARPA) *w Kopenhadze od 16—19 Sierpnia 1937 r.* „ARPA“ Dodatek do Pol. Stom. Nr 11. str. 431—443.

326* Ergänzungen zu Prof. Christian Greves: Tabellarische Uebersicht zur Geschichte der Zahnheilkunde (wysłano do druku do Deutsche Zahn- Mund- und Kieferheilkunde, w marcu 1938.

327 *Przemówienie prof. A. Cieszyńskiego,* przewodniczącego Miejscowego Komitetu Organizacyjnego na otwarciu VIII. Pol. Zjazdu Stomatologicznego we Lwowie. Pol. Stom. 1937, Nr 12, II. Część sprawozdań zjazdowych, str. 467—470.

328 *Organizacja VIII. Pol. Zjazdu Stomatologicznego we Lwowie od 1—3. VII. 1937.*
kursów dokształcających od 27—29. VI. 1937 i
wystawy naukowej i przemysłu dentystycznego od 27. V. — 7. VII. 1937. Pol. Stom. 1937, Nr 6, 7, 8 (Komunikaty i program VIII. Polskiego Zjazdu Stom.).

W 329 *Kursy dokształcające podczas VIII. Pol. Zjazdu Stom.:*

a) Topografia ropowic szczękowych i ich leczenie operacyjne.
b) Powikłania z jamą szczękową podczas ekstrakcji zębów.
c) Leczenie chirurgiczne parodontoz i radykalna operacja według Cieszyńskiego.
d) Technika zdjęć intraoralnych i ekstraoralnych.
e) Znieczulanie u podstawy czaski (do foramen ovale, rotundum i ganglion Gasseri).
f) Technika zdjęć ekstraoralnych przy pomocy czapki i diagramu Cieszyńskiego.
g) Wykreślenie zarysu żuchwy przy złamaniach żuchwy w celach rozpoznawczych i kontrolnych metodą Cieszyńskiego.
h) Wiązanie druciane Cieszyńskiego przy chwiejących się zębach.

W 330 *Budowa istoty gąbczastej zębodołu ze stanowiska statycznego.* Wykład na VIII. Pol. Zjeździe Stom. we Lwowie.

331 *Wystawa naukowa Kliniki Stomatologicznej U. J. K. we Lwowie. przeważnie prace prof. Cieszyńskiego.*
a) Ropowice szczękowe i topografia anatomiczna ropowic.
b) Promienica.
c) Statyczna budowa czaszki, kośćca twarzowego i uzębienia.
d) Technika zdjęć roentgenowskich sposobem Cieszyńskiego.
e) Parodontozy — technika operacyjna.
f) Z pogranicza antropologii i stomatologii (eksponaty asystenta naukowego dra Czortkowera).
g) Studia — ich reforma — wynik ankiety (1935/36).
h) Przygotowanie zębów pod wkłady złote różnymi systemami (eksponaty przygotowane przez st. asystenta dra Tadeusza Owińskiego).
i) Polska Stomatologia — wydawnictwa.
j) Wydawnictwa prof. Cieszyńskiego.
k) Varia.

1938.

322 *Zapalenie szczątkowej miazgi.* Pol. Stom. 1938, Nr 4, str. 111—116.

333 *Projekt prof. Cieszyńskiego w sprawie szkolenia kadr lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny społecznej,* Pol. Stom. 1938, Nr 4, str. 152—153.

334 *Jeszcze w sprawie Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych.* Pol. Stom. 1938, Nr 3, str. 85—87.

335 *Za mało lekarzy i stomatologów w Polsce.* Pol. Stom. 1938, Nr 5, str. 173—175.

336 *Odezwa do Rządu w sprawie budowy Kliniki Stomatologicznej we Lwowie i stworzenia tamże placówki kształcenia stomatologów.* Pol. Stom. 1938, Nr 6, str. 207—222, 6 ryc. i 7 tabl.

337 *Rozmieszczenie lekarzy dentystów w Polsce w r. 1938, z uwzględnieniem nowo utworzonych okręgów Izb Lek. Dent.* Pol. Stom. 1938, Nr 6, str. 223—228. 1 kartogram, 5 tabl.

338 *Georges Villain* (nekrolog). Pol. Stom. 1938, Nr 6, str. 241—244.

* * *

Uzupełnienie wykazu prac :

R 339 Uproszczenie administracji w szkołach akademickich. Do rozp. Ministerstwa Nr V A. 10952/36 z dn. 17 września 1936. Pismo do Min. W. R. i O. P. przez Rektorat i Dziekanat Wydziału Lekarskiego.

340 *Stillung von Blutungen aus den Zahnfleischpapillen während des Zahnfüllens* (Ersatz von Kofferdam). Zahnärztliche Rundschau 1930, Nr 15.

* * *

341 *Opieka stomatologiczna w wieku dziecięcym.* Wykład wygłoszony w ramach kursu dokształcającego z dziedziny chorób dziecięcych, dnia 20 września 1938 r. (oddano do druku Pol. Stom. 1938).

342 *Demonstracje prof. Cieszyńskiego na zebraniu naukowym Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej:* dnia **19. II. 1938:**
a) Prognacja. (Przyp. 136).
b) Ropień przygardłowy od 8—. (Przyp. 139).
c) Torbiel wychodząca od 2+. (Przyp. 140).
Pol. Stom., Nr 7/8, str. 308—309.

343 *Prophylaxe der Parodotalerkrankungen vom Standpunkte der funktionellen Beanspruchung und der Ernährung.* Prophylaxis in parodontal diseases from the functional and dietetic standpoint. Wykład wygłoszony na VII międzynarodowym kongresie Arpa w Pradze 27 sierpnia 1938 r. Streszczenie w „Československa Stomatologie". 1938, Nr 8, str. 429—431.

344 *Struktura kości szczękowej przy różnych typach parodontoz.* Demonstracja powiększonych zdjęć roentgenowskich seryjnych kilkunastu przypadków na VII międzynarodcwym kongresie Arpa w Pradze 27 i 28 sierpnia 1938 r.

345 *Struktura zębodołów i wyrostka zębodołowego ze stanowiska statyki.* Demonstracje powiększonych zdjęć roentgenowskich cięć preparatów (Cieszyński) oraz mikrofotogramów preparatów histologicznych (Doc. Dr Jałowy).

346 I. Projekt szkicowy budowy gmachu Kliniki Stomatologicznej (wspólnie z inż. T. Wróblem) przedłożony Min. WROP w styczniu 1938.

347 II. Projekt z czerwca 1938.

Prace asystentów i pracujących w Klinice Stomatologicznej Uniwersytetu Lwowskiego [1]).

1936 — 1938.

W 86 Dr Mieczysław Jankowski: *Postępowanie przy trudnych ekstrakcjach i leczenie ran poekstrakcyjnych.* Wykład na kursach dokształcających dla lekarzy dentystów na VIII. Pol. Zjeździe Stomatologicznym we Lwowie.

87 Dr Mieczysław Jankowski: *Pokazy w Związku Stomatologów Lwowskich:*

a) Dnia 31. X. 1936. Pol. Stom. 1937, Nr 1/2, str. 66—67.
1. Złamanie szczęki dolnej po urazie. (Przyp. 86).
2. Osteomyelitis szczęki dolnej w okolicy bródkowej. (Przyp. 87).
3. Ropowica gazowa policzka lewego. (Przyp. 88).
4. Osteomyelitis szczęki górnej prawej. (Przyp. 89).

b) Dnia 12. XII. 1936. Pol. Stom. 1937, str. 168—171.
5. Osteomyelitis szczęki górnej lewej z przetoką policzkową w okolicy powieki dolnej. (Przyp. 108).

---

[1]) **Drugi chronologiczny wykaz prac dokonanych w Klinice Stomatologicznej U. J. K.** we Lwowie pod kierownictwem prof. dr A. Cieszyńskiego **od r. 1931—1936,** znajdują się w Pol. Stom. 1936, Nr 11/12, od str. 483—487.

6. Naciek policzka lewego z 3-ma przetokami. (Przyp. 109).
7. Neuralgia II. gałęzi nerwu trójdzielnego. (Przyp. 110).
8. Neuralgia III. gałęzi nerwu trójdzielnego. (Przyp. 111).
9. Fibroma myxomatosum mandibulae. (Przyp. 112).
10. Torbiel zawiązkowa od zatrzymanego 3+ nad 6+ 5+ 4+. (Przyp. 113).
11. Ropowica gazowa policzka lewego. (Przyp. 114).
12. Zapalenie ozębnej i okolicy zębów —5 —6, naciek szczęki dolnej. (Przyp. 115).

c) D n i a 13. II. 1937. Pol. Stom. 1937, str. 172—173.

13. Osteomyelitis mandibulae dextrae. (Przyp. 117).
14. Złamanie szczęki dolnej między 3— 2— po urazie. (Przyp. 120).

d) D n i a 6. II. 1937. Pol. Stom. 1938, Nr 1/2, str. 19—22.

15. Gruźlica dziąsła. (Przyp. 122).
16. Ropowica policzka prawego od 6+. (Przyp. 123).
17. Ropień zimny policzka prawego od 6—. (Przyp. 125).
18. Mięsak szczęki górnej lewej. (Przyp. 125).

e) D n i a 4. XII. 1937. Pol. Stom. 1938, Nr 1/2, str. 20—22.

19. Osteomyelitis szczęki dolnej i ropowic w przestrzeni przyuszniczowo szyjnej lewej. (Przyp. 126).
20. Ropowica policzka prawego od 6+ 5+. (Przyp. 127).
21. Torbiel zropniała od 2+ w stanie ostrym z ropniem u nasady nosa w pobliżu dośrodkowego kąta oka. (Przyp. 133).

f) D n i a 19. II. 1938. Pol. Stom. 1938, Nr 7/8, str. 310.

22. Naciek okolicy skroniowej i policzka lewego z dwiema przetokami. (Przyp. 21).
23. Osteomyelitis szczęki dolnej lewej. (Przyp. 143).

88 Dr Mieczysław J a n k o w s k i: Zmiany szczytowe zęba (+5) połączone z ujściem przewodu ślinowego. Pol. Stom. 1936, Nr 9/10, str. 378—381, rys. 3.

89 Dr M. J a n k o w s k i i Dr H. G o r c z y ń s k i: Wykłady na kursach dokształcających dla lekarzy dentystów na VIII. Pol. Zjeździe Stomatologicznym we Lwowie:
a) Znieczulenie mandybularne intra- i extraoralne metodą Cieszyńskiego.
b) Ćwiczenia na zwłokach w znieczuleniach mandybularnych wśródustnym i pozaustnym.

90 Dr Tadeusz O w i ń s k i: O jonoforezie — część fizykalna. Pol. Stom. 1937, Nr 5, str. 143—152, ryc. 4.

91 Dr T. O w i ń s k i: Złamanie żuchwy urazowe w dwóch miejscach na skutek uderzenia kopytem końskim. Pokaz kliniczny przypadku 90 w Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, dn. 14 listopada 1936 r. Pol. Stom. 1937, str. 71.

W 92 Dr T. O w i ń s k i: Rola dziedziczności przy powstawaniu nieprawidłowości zgryzu i rozszczepu szczęk. Wykład na VIII. Pol. Stom. Zjeździe. Streszczenie w Pol. Stom. 1937, Nr 7/8, str. 321—322.

W 93 Dr T. O w i ń s k i: Repozycja przemieszczonych ułamków przy złamaniu szczęki górnej. Wykład na VIII. Pol. Zjeździe Stom. Pol. Stom. 1937, Nr 7/8, str. 316—317. (Streszczenie).

94 Dr T. O w i ń s k i: Wykłady na kursach dokształcających dla lekarzy dentystów na VIII. Polskim Zjeździe Stomatologicznym:
a) Leczenie zgorzeli jonoforezą aparatem Jonodont.
b) Przygotowanie ubytku pod wkłady złote. Pokaz modeli.
c) Szyny ustalające przy parodontozach.
d) Ważniejsze zdobycze protetyki z lat ostatnich.
e) Pantodont i Jonodont, Bilux i suchy sterylizator Sterodont Owińskiego.
f) Różne typy preparowania ubytków pod wkłady złote.

95 Dr T. O w i ń s k i i dr I. P i e t r z y c k i: Pokazy i ćwiczenia w zastosowaniu elektroforezy aparatem Jonodont. Wykład na kursach dokształcających. (jak powyżej).

96 Dr T. O w i ń s k i: W odpowiedzi dr I. Pietrzyckiemu na artykuł „Prosty sposób załączania elektrody przy jonoforezie". Pol. Stom. 1938, Nr 6, str 239—240, ryc. 1.

97 Dr Ignacy P i e t r z y c k i: Jakie jest leczenie zaniku dziąseł i ropotoku zębodołowego? Medycyna Praktyczna. Poznań, luty 1937, zeszyt II.

W 98 Dr Ignacy P i e t r z y c k i:Wyniki badań stomatologii zachowawczej z ostatnich 5-ciu lat omówione na IX. Międzynarodowym Kongresie Stomatologicznym we Wiedniu. Pol. Stom. 1937, str. 68—71, 72—73. Wykład na Zebraniu Naukowym Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, dn. 31. X. 1936 i dn. 14. XI. 1936.

99 Dr I. P i e t r z y c k i: Mechanizm powstawania kieszonek dziąsłowych i ich stosunek do schorzenia ropotokowego. Pol. Stom. 1937, Nr 3/4, str. 99—108.

W 100 Dr I. P i e t r z y c k i: Wykłady na kursach dokształcających dla lekarzy dentystów na VIII. Polskim Zjeździe Stomatologicznym we Lwowie:
a) Obecne poglądy na leczenie przewodów i zgorzeli miazgi.
b) Doświadczenia kliniczne metodą „Jonodont".
c) Zasady leczenia miejscowego i ogólnego parodontozy.

101 Dr I. P i e t r z y c k i: Elektro-sterylizacja i jonoforeza w lecznictwie zachowawczym korzeni ze zgorzelą i ze zmianami okołoszczytowymi. Pol. Stom. 1937, Nr 5, str. 153—158.

W 102 Dr I. P i e t r z y c k i: Możliwość rozwiązania profilaktyki stomatologicznej w wojsku. Pol. Stom. 1937, Nr 12, str. 463—466. Wykład na VIII. Pol. Zjeździe Stomatologicznym.

103 Dr I. P i e t r z y c k i: W sprawie określenia w języku polskim parodontozy. Pol. Stom. 1938, Nr 1/2, str. 54—55.

104 Dr I. P i e t r z y c k i: *Zapalenie miazgi szczątkowej (Rest-pulpitis) i jego istota.* Pol. Stom. 1938, Nr 3, str. 69—73. Referat dyskusyjny, wygłoszony na posiedzeniu Związku Stomatologów Izby Lek. Lwow. dnia 26. II. 1938.

105 Dr I. Pietrzycki: *Prosty sposób załączania elektrody przy jonoforezie.* Pol. Stom. 1938, Nr 4, str. 117—119, ryc. 1.

109 Dr M. Jankowski, Dr I. Pietrzycki i Dr. H. Berger: *W odpowiedzi Zarządowi Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej w sprawie VIII. Pol. Zjazdu Stomatologicznego.* Dodatek do Pol. Stom. 1937, Nr 12.

W 106 Doc. Dr Wiktor Tychowski: *Rola gruczołów wkrewnych w ustroju.* Pol. Stom. 1937, Nr 7/8, str. 237—255. Wykład na VIII. Pol. Zjeździe Stom.

W 107 Doc. Dr W. Tychowski: *Rola gruczołów wkrewnych w gospodarce mineralnej.* Wykład na VIII. Pol. Zjeździe Stomatologicznym.

108 Doc. Dr W. Tychowski: *Technika wypalania porcelanowych robót z masy „Vita“.* Pol. Stom. 1938, Nr 6, str. 229—237.

W 76 Dr Salomon Czortkower: *Ergebnisse anthropologischer Untersuchungen in der Stomatologie.* Zeitschrift für Stomalogie 1936, str. 577—593, ryc. 11.

W 76a To samo w obszerniejszym streszczeniu w Wiener Klinische Wochenschrift, 1936, str. 980—983. Wykład wygłoszony w Związku Lekarzy Dentystów w Wiedniu dnia 23. I. 1936.

W 78 Dr S. Czortkower: *Grösse und Form des Kieferbogens bei europäischen anthropologischen Typen.* Korrespondenzblatt für Zahnärzte 1937, Nr 5, str. 137—144, ryc. 8. Wykład wygłoszony na IX. Międzynarodowym Kongresie Stomatologicznym we Wiedniu, 1936.

79 Dr S. Czortkower: *Sprawa reformy studiów dentystyczno-stomatologicznych na Kongresie Wiedeńskim* (VIII. 1936). Pol. Stom. 1936, Nr 9/10, str. 451—454, ryc. 3.

79a Dr. S. Czortkower: *Sprawa reformy studiów dentystyczno-stomatologicznych na Kongresie Wiedeńskim.* Kurier Lekarski, dodatek do I. K. C. 1936, Nr 38, str. 22.

80 Dr S. Czortkower: *IX. Międzynarodowy Kongres Lekarzy Dentystów we Wiedniu.* Sprawozdanie. Pol. Stom. 1936, Nr 9/10, str. 437—444, ryc. 3.

110 Dr S. Czortkower: *Drugi chronologiczny wykaz prac wykonanych w Klinice Stomatologicznej U. J. K. we Lwowie pod kierownictwem prof. Cieszyńskiego.* Pol. Stom. 1936, Nr 11/12, str. 483—487, ryc. 1.

W 111 Dr S. Czortkower: *Dziedziczność jako czynnik powstawania typów antropologicznych i konstytucyjnych ze stanowiska stomatologicznego.* Wykład wygłoszony na VIII. Polskim Zjeździe Stomatologicznym we Lwowie. Pol. Stom. 1937, str. 320—321 (Streszczenie) in extenso w Pol. Stom. 1938, Nr 4, str. 127—141, ryc. 6.

112 Dr S. Czortkower: *Wystawa naukowa z antropologii stomatologicznej na IX. Międzynarodowym Kongresie Lekarzy Dentystów we Wiedniu.* 1036. Pol. Stom. 1936, Nr 9/10, str. 441, tabl. 3.

a) Kostnienie szwów czaszki i ścieranie zębów z wiekiem.

b) Umiejscowienie szóstego zęba u człowieka białego, żółtego i czarnego.
c) Typy antropologiczne Europy.
d) Mapa antropologiczna Europy według prof. J. Czekanowskiego.
e) Kształt łuku zębowego i opisy podniebienia u poszczególnych typów antropologicznych Europy.

113 Dr S. Czortkower: *Wystawa naukowa z antropologii stomatologicznej na VIII. Pol. Zjeździe Stom. we Lwowie*, 1937.
jak pod nr *a—e* i
f) Dziedziczność progenii.
g) Typy konstytucyjne.

114 Dr S. Czortkower: *Redakcja Księgi Pamiątkowej ku uczczeniu 30-letniej pracy naukowej prof. Dr A. Cieszyńskiego.* Pol. Stom. 1936, Nr 9/10, 11/12 i 1937, Nr 1/2.

73 Dr A. Bardasz-Druckerowa: *Prof. Cieszyński laureatem nagrody Millera.* Pol. Stom. 1936, Nr 9/10, str. 297—303.

74 Dr A. Bardasz-Druckerowa: *O kamieniach ślinowych.* Pol-Stom. 1936, Nr 9/10, str. 488—494, ryc. 2.

W 115 Dr A. Bardasz-Druckerowa: *Rola witaminów i gruczołów wkrewnych przy powstawaniu paradontozy.* Pol. Stom. 1937, Nr 9/10, str. 363—372. Wykład na VIII. Pol. Zjeździe Stom. W streszczeniu Pol. Stom. 1937, Nr 7/8, str. 304.

W 116 Dr A. Bardasz-Druckerowa: *Dziedziczność jako czynnik powstawania paradontozy.* Wykład na VIII. Pol. Zjeździe Stom. Pol. 1937, Nr 7/8, str. 322—323.

W 117 Dr Bardasz-Druckerowa i Dr I. Pietrzycki: *Patologia i diagnostyka kliniczna paradontoz oraz zasady leczenia ogólnego.* Wykład na kursach dokształcających dla lekarzy dentystów w czasie VIII. Zjazdu Stomatologicznego.

118 Dr Maria Owińska: *Środki ochraniające wypełnienia krzemianowe przed przebarwieniem ze specjalnym uwzględnieniem Durosimu.* Pol. Stom. 1936, Nr 9/10, str. 413—418.

W 119 Dr Jadwiga Tychowska: *Rola gruczołów wkrewnych i witamin przy powstawaniu próchincy.* Wykład na VIII. Pol. Zjeździe Stom. Pol. 1937, Nr 7/8, str. 305—306. in extenso Pol. Stom. Nr 11, str. 339—414.

W 120 Lekarz Barbara Włodek: *Środki zapobiegające próchnicy zębów.* Wykład na VIII. Pol. Zjeździe Stom. Pol. Stom. 1937, Nr 11, str. 115—121. W streszczeniu tamże, str. 309—310.

W 121 Stanisław Kotulski: *Wpływ wewnętrznego wydzielania na sprawy chorobowe i jamy ustnej.* Wykład na VIII. Pol. Zjeździe Stom. Pol. Stom. 1937, Nr 9/10, str. 339—356, ryc. 11.

W 122 Stanisław Kotulski: *Czynniki endo- i exogenne przy powstawaniu próchnicy z uwzględnieniem teorii Radoševica.* Wykład na VIII. Pol. Zjeździe Stom. Pol. Stom. 1937, Nr 12, str. 447—460. W streszczeniu tamże, str. 306—309.

123 Stanisław K o t u l s k i: *O powikłaniach ocznych pochodzenia zębowego.* Pol. Stom. 1938, Nr 7/8, str. 277—301.

W 124 Stanisław K o t u l s k i: *Kilka doświadczeń z zakresu działania osmozy w związku z fizjologią i patologią twardych tkanek zębowych.* Wykład na kursach dokształcających dla lekarzy podczas VIII. Pol. Zjazdu Stom.

W 125 Dr Henryk M a r g u l i e s: *Ogólnie i miejscowo działające środki lecznicze polecane obecnie przy leczeniu parodontoz.* Wykład na VIII. Pol. Zjeździe Stom. Pol. Nr 9/10, str. 373—382. W streszczeniu tamże, str. 304—305.

126 Lekarz Stanisław R o t h: *Metody badania czynnika endogennego w etiologii parodontoz.* „ARPA“, Nr 13, str. 121—126, dodatek do Pol. Stom. 1937, Nr 7/8.

Kronika Kliniki Stomatologicznej Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie

za rok akademicki 1936/37 i 1937/38.

1. Udział w Kongresach i Zjazdach naukowych:

a) W sierpniu 1936 r. wzięli udział w Międzynarodowym Kongresie Dentystycznym Fédération Dentaire Internationale we Wiedniu prof. A. C i e s z y ń s k i z asystentami: dr I. P i e t r z y c k i m i dr S. C z o r t k o w e r e m.

Na tym Kongresie wygłosił prof. A. C i e s z y ń s k i referat na temat główny „O reformie studiów dentystycznych i wyniku ankiety międzynarodowej w języku niemieckim, następnie urządził demonstrację na temat budowy statycznej szczęk i czaszki oraz urządził wystaw naukową na długoci 26 m, przy czym tablice wisiały w 2 względnie 3 rzędach. Całość wystawy obejmowała prace prof. A. C i e s z y ń s k i e g o i prace na 2½ m ściany dra S. C z o r t k o w e r a z zakresu antropologii stomatologicznej. Tenże miał także demonstrację „Wielkość i kształt uzębienia łuku alveolarnego i podniebienia u ras europejskich .

b) P r o f. C i e s z y ń s k i zorganizował w lipcu 1937 r. we Lwowie VIII. Pol. Zjazd Stom., który odbył się od 1—3, na którym wygłosili referaty profesor, wszyscy asystenci i specjalizujący się w Klinice Stomatologicznej oraz kilku współpracowników z „Koła endokrinologicznego“.

c) Łącznie z tym Zjazdem urządził prof. C i e s z y ń s k i wraz z obecnymi i kilku dawniejszymi asystentami z ramienia Kliniki 3-dniowy kurs dokształcający dla lekarzy ze wszystkich dziedzin stomatologii po 7—8 godzin dziennie.

d) Od 27. VI. do 8. VII. urządził prof. C i e s z y ń s k i również Wystawę Naukową, obejmującą eksponaty Kliniki Stomatologicznej (191 rysunków i 68 fotografij).

e) Od 27. VI. do 8. VII. urządził prof. C i e s z y ń s k i Wystawę Przemysłu Dentystycznego, w której wzięły udział firmy krajowe i zagraniczne.

f) W maju 1937 r. brał prof. Cieszyński udział w Zjeździe balneologicznym w Horyńcu.

g) Od 9—14 sierpnia 1937 r. brał prof. Cieszyński udział jako delegat na Polskę i przewodniczący Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I. w dorocznym posiedzeniu Fédération Dentaire Internationale w Sztokholmie i w Zjeździe Szwedzkich Lekarzy Dentystów.

h) Od 16—19 sierpnia 1937 r. brał prof. Cieszyński udział w VI. Międzynarodowym Kongresie „ARPA" (Assosiation pour le recherches paradentaires) w Kopenhadze, jako delegat Polski do tej organizacji i przewodniczący polskiej „ARPA".

i) Prof. Cieszyński brał udział 11. V. 1937 r. w Kursie Medycyny Społecznej, urządzonym przez Wydział Lekarski oraz w kursie dnia 20. VI. 1938 r. urządzonym przez Ubezpieczalnię Społeczną dla lekarzy chorób dziecięcych.

j) Prof. Cieszyński *opracował szkicowy projekt budowy Kliniki Stomatologicznej* i przedłożył go z końcem stycznia 1938 r. oraz II projekt w czerwcu 1938 r. o zmniejszonej kubaturze.

k) Prof. Cieszyński przeprowadził likwidację VIII. Pol. Zjazdu Stom., na posiedzeniu Stałej Delegacji w Warszawie, dnia 11 listopada 1937 i odbył doroczne posiedzenie Polskiego Komitetu Narodowego Międzynarodowego Związku Dentystycznego w Warszawie, dnia 16. VI. 1938 r.

l) Prof. Cieszyński brał udział na VII. Międzynarodowym Kongresie „ARPA" w Pradze w sierpniu 1938 r.

m) Prof. Cieszyński brał udział w *Konferencji przedstawicieli katedr stomatologicznych Uniw.* w Krakowie, dnia 10 kwietnia 1938 r. (zob. Pol. Stom. 1938, nr 5, str. 192.

2. Zmiany w pomieszczeniach Zakładu:

Odrestaurowano front kamienicy, uporządkowano piwnice lecz ich nie pogłębiono i nie założono światła elektrycznego. Dostarczono 1 piec do łazienki i umywalki, wymieniono 4 baterie wodociągowe. Instalacje wodne i elektryczne są kompletnie zużyte oraz linoleum w II. Oddziale.

3. Nowe nabytki:

Zakupiono nowy aparat roentgenowski Siemensa „Kula", wzięto na spłaty. — Uzupełniono techniczne instrumentarium, zakupiono 30 łyżek (komplet 370.— zł).

Uzupełniono zapas porcelany. Zakupiono „Sterodont" Owińskiego dla Oddziału II. za 286.— zł na spłaty ratalne i 1 wiertarkę elektryczną dla Oddziału I. za 278.— zł.

Zakupiono szafę muzealną za 750.—zł.

Dary: Firma „Vita" Essen, przesłała w darze Klinice Stomatologicznej objekty demonstracyjne koron porcelanowych.

Nowe nabytki zbiorów i biblioteki:

Wykonano 32 nowych tablic do zbiorów, a to: 1 wielką tablicę o zakażeniu ustnym, 16 tablic o przygotowaniu ubytków„ 8 tablic ilustrujących sporządzanie koron i mostków z porcelany „Vita"; kilkanaście odlewów metalowych i gipsowych patologicznej budowy szczęk.

Wykonano z 5-ciu czaszek seryjne przekroje do badań statycznych metodą roentgenowską i histologiczną, wspólnie z doc. dr Jałowym z Zakładu Histologii, blisko 400 preparatów.

Biblioteka powiększyła się o 234 dzieł i oprawiono 163 tomów. Czasopism przychodziło 62, z tych 12 abonowana, reszta przychodziła jako egzemplarze wymienne „Polskiej Stomatologii", które przez wydawnictwo pisma zostały ofiarowane Klinice Stomatologicznej.

4. *Inne informacje :*

STAN BUDOWY PRZYSZŁEJ KLINIKI STOMATOLOGICZNEJ.

Ministerstwo wyasygnowało na szkice budowy Kliniki Stomatologicznej zł 2.000.— (M. W. R. i O. P. L. Bud. 281/37 z dn. 12. III. 1937). Opracowanie szkiców przygotowawczych i technicznych przez kierownika katedry wraz z inż. Wróblem zajęło przeszło pół roku czasu (od III. 37 do I. 38).

Szkice te zostały przesłane Ministerstwu W. R. i O. P. dnia 16 stycznia L. 62/38, 1938 r. i projekt II dnia 27. VI. 1938 r.

Usilne starania kierownika Kliniki Stomatologicznej celem realizacji budowy Kliniki Stomatologicznej we Lwowie. W tym celu kierownik zwrócił się do różnych wybitnych przedstawicieli świata politycznego, nauki i wojskowości w sprawie udzielenia opinii swej dotyczącej budowy Kliniki Stomatologicznej U. J. K. oraz wydał „Odezwę do Rządu w sprawie budowy Kliniki Stomatologicznej i stworzenia tamże placówki kształcenia stomatologów".

Starania te popierają bardzo gorąco b. minister Zdrowia publ., b. Rektorzy, Prezes Izby Lekarskiej, Wojewoda lwowski, Dowództwo O. K. VI., Departament Zdrowia, Min. Spraw Wojsk., Wydział Lekarski na posiedzeniach w dn. 18. XI. 37, 20. I. 38, 25. IV., 7. V. i 20. X. 38 a Senat akademicki dn. 23. V. 38.

Równocześnie przeprowadzono ankietę celem stworzenia żywego pomnika ku uczczeniu I. Marszałka Józefa Piłsudskiego.

W związku z tymi staraniami zostaje prof. Cieszyński zaproszony przez Pana Prezydenta R. P. na audiencję w dn. 1 kwietnia 1938 r., na której składa sprawozdanie o stanie studiów dentystycznych w Polsce i konieczności ich reformy w kierunku stomatologicznym oraz uzasadnia potrzebę budowy Kliniki Stomatol. Uniwersyteckiej we Lwowie.

W sprawie budowy Kliniki interweniuje prof. Cieszyński w Ministerstwie W. R. i O. P. osobiście w dn. 25. I., 26. I., 1. IV., 11. IV 38, 17. VI. Konferencja z p. podsekretarzem stanu prof. Aleksandrowiczem i dyr. dep. prof. Patkowskim w Warszawie; 20. VI. zwiedzenie obecnej Kliniki Stom. przez p. dyr. Patkowskiego w asyście przedstawicieli uniwersytetu; 21. VI. ponowna konferencja z p. dyr. Patkowskim,

27. VI. 38 wysłanie II projektu o zmniejszonej kubaturze,

26. VII. 38 odpowiedź Ministerstwa (IV A. 5582/38).

Na konieczność zwiększenia liczby specjalistów stomatologów w południowych województwach Polski zwrócił uwagę Prof. Cieszyński w pracy „Rozmieszczenie lekarzy - dentystów w Polsce w r. 1938" (nr pracy 337).

Przegląd dochodów i rozchodów za

WPŁYWY	1/IX 1936 do 31/VIII 1937 zł	gr	zł	gr	1/IX 1937 do 31/VIII 1938 zł	gr	zł	gr
Remanent z dn. 31/VIII 1936 (1937)			25	46			10	—
Dotacja z Fund. Opł. stud. zwyczajna			1000	—			1000	—
Dotacja z Fund. Stud. nadzwycz. na zapłacenie zaległych rachunków .			3000	—				
Dochody Kliniki Stomat. U. J. K. z taks pobieranych od pacjentów:								
w Oddz. I. chirurgicznym . .	6230	40			7448	42		
„ „ II. zachowawczym . .	3599	40			3915	54		
„ „ III. protetycznym . . .	2598	70			4222	14		
„ „ IV. roentgenowskim . .	1553	30			1629	60		
„ „ V. klinicznym	3200	15	17181	95	4408	80	21624	50
Taksy studentów za używanie bielizny klinicznej (kurs obowiązkowy)			374	–			350	—
Taksy pobierane od specjalizujących się w stomatologii lekarzy i studentów (kursy specjalne) . . .			4490	—			2620	—
Rożne zwroty			554	13			175	29
Subwencja Min. Opieki Społ. tyt. częściowego zwrotu za leczenie ubogich i bezrobotnych							2000	—
			26625	54			27779	79

Zestawiła: *St. Schmalenberger*

Sekretarka Kliniki Stom.

rok akad. 1936/7 i 1937/8.

WYDATKI	1/IX 1936 do 31/VIII 1937				1/IX 1937 do 31/VIII 1938			
	zł	gr	zł	gr	zł	gr	zł	gr
Pokryto z dotacji F. O. S. bezpośr. przez Kwesturę U. J. K. . . .								
z grupy III. = 2) Wydatki admin. .	475	91			446	50		
z grupy IV. = 3) potrzeby nauk. .	673	73						
z grupy V. = 4) wydatki specjalne	2849	81			553	50		
niedopłaeone przez Kwesturę . .		55	4000	—			1000	—
Z dochodów własnych Kliniki i z taks ambulatoryjnych:								
Grupa I. = 1) wydatki osobowe, świadczenia socjalne, wynagrodzenia za prace dodatkowe	6543	26			6220	71		
Grupa II. = 2) wydatki lokalowe .	359	15 }*			2532	87*		
Grupa III. = 2) wydatki gosp. adm.	2869	56						
Grupa IV. = 3) potrzeby naukowe .	5098	73			5772	38		
Grupa V. = 4) wydatki specjalne .	7744	84	22615	54	11844	09[1])	26370	05
Remanent w dniu 31/VIII 1937 wzgl. 1938			10	—			409	74
			26625	54			27779	79

*) Według nowych instrukcji ściągnięto grupę II i III w grupę jedną 2).

[1]) Doliczono do tej grupy wydatki na złoto, zakupywane dawniej bezpośrednio przez pacjentów.

Świadczenia dla bezrobotnych na str. 24.

5. **Świadczenia dla bezrobotnych i ubogich:**

a) Wobec wielkiej ilości świadczeń bezpłatnych dla bezrobotnych w Oddziale Chirurgii Stomatologicznej, poczęto protokołować osobno zabiegi te od dnia 1 stycznia 1938 r.

Od 1 stycznia 1938 r. do 14 lipca 1938 r. tj. 6½ miesiąca efektywnej pracy było 1.743 wizyt bezrobotnych, stanowi to 34% zabiegów przedstawiających wartość według taks klinicznych zł 4.586.50.

b) W Oddziale IV. Klinicznym przyjęto 11 chorych bezpłatnie, co stanowi 64 dni choroby (8%); świadczenia w tym Oddziale wynosiły 384.— zł.

c) Świadczenia dla bezrobotnych i ubogich przedstawiają wartość:

a) I. Oddział włącznie z zdjęciami roentg.	ca	4.586.50 zł
b) IV. „ Kliniczny	„	384.— „
c) III. „ Protetyczno - Ortopedyczny	„	1.600.— „
	ca	6.570.50 zł

W ciągu 6 i ½ miesięcy świadczenia dla bezrobotnych i ubogich przedstawiają wartość 6.570 zł. Ponieważ klinika jest czynną przez 10 miesięcy w ciągu roku akademickiego, to świadczenia roczne dla bezrobotnych i ubogich **przedstawiają wartość według taks klinicznych około 10.000 zł.**

d) Oddział protetyczno-ortopedyczny wykonuje co najmniej 30% robót bezpłatnych, mianowicie aparaty po resekcji szczęk i szyny ustalające po złamaniu szczęki dolnej, względnie po zabiegach operacyjnych i aparaty regulacyjne.

Na częściowe pokrycie zaległych rachunków spowodowanych niewypłacalnością pacjentów bezrobotnych za okres 4-ch lat poprzednich, otrzymano subwencję od Ministerstwa Opieki Społecznej zł 2.000.—.

6. **Odznaczenia:**

W maju 1937 r. prof. Cieszyński został zamianowany członkiem honorowym Sekcji Włoskiej Międzynarodowego Towarzystwa dla Badan Parodontalnych „ARPA“ w Milano. Dyplom został wręczony w Kopenhadze w sierpniu 1937 r.

W czerwcu 1937 r. został prof. Cieszyński mianowany członkiem-korespondentem Towarzystwa Ortodontycznego w Pradze i prezesem honorowym Czechosłowackiego Zjazdu Stomatologów w Pradze (10—13. VI. 1937).

7. **Personalia:**

a) Wskutek śmierci p. Reginy Schwormowej funkcje sekretarki objęła p. Schmalenberger Stefania.

b) Woźny-pomocnik w pracowni roentgenowskiej, Andrzej Wrona, który przez 30 lat pracował w Klinice Stomatologicznej został przeniesiony w stan spoczynku. Miejsce jego objął dotychczasowy woźny pomocniczy Michał Górniak, otrzymując tytuł „sanitariusz“.

c) Starszy asystent Oddziału protetyczno-ortopedycznego dr Tadeusz Owiński opuścił Klinikę po 8-mioletniej pracy w Zakładzie, a miejsce jego objął doc. dr Wiktor Tychowski.

d) Pomocnik techniczno-dentystyczny Julian Kleinrock po kilkuletniej pracy opuścił Klinikę, a miejsce jego objął Rudolf Woroniak.

CEMENT MOLARIT

WYRÓB POLSKI

najtrwalszy

MATERIAŁ DO PLOMBOWANIA

Badania Politechniki Warszawskiej WYKAZAŁY:

CEMENT MOLARIT WYTRZYMUJE CIŚNIENIE 380KG.

" INNYCH ZNANYCH MAREK " 180KG.

ZNAK FABR.



Wyłączne przedstawicielstwo: HANDLOWO-PRZEM. T-WO DENTYSTYCZNE „ALRO" Sp. z o. o.

WARSZAWA, WIDOK 6.

ODBITO W DRUKARNI URZĘDNICZEJ WE LWOWIE, ZIELONA 7. — TEL. 291-07.